



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELLITUS
DENGAN ANSIETAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ANDALAS KOTA PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**SUSAN NURUL NISA
NIM : 203110155**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELLITUS
DENGAN ANSIETAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ANDALAS KOTA PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes RI Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

**SUSAN NURUL NISA
NIM: 203110155**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini disusun oleh:

Nama	Sumay Nurul Nisa
Nim	201410173
Program Studi	D-III Keperawatan Padang
Judul KTI	Analisa Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Asamosis di Nelayan Karya Perikanan Andalan Kota Padang

Telah selesai dipertahankan dihadapan Dewan Pengaji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.

Dewan pengaji:

Ketua Pengaji : Haryo Samudra, S. Kp, M. Ksp, Sp. Jwa ()

Pengaji 1 : Ni Nura Wally Anisti, S. Ksp, M. Ksp ()

Pengaji 2 : Rizkiyanti, S. Ksp, M. Ksp, Sp. Jwa ()

Pengaji 3 : Ni Lili Yuliana Anni, S. Ksp, M. Ksp ()

[Ditertapkan di : Poltekkes Kemenkes RI Padang]

Tanggal : 30 Mei 2023

Mengetahui,
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang
Poltekkes Kemenkes Padang


Ni Yanti Fadhrianti, S. Ksp, M. Ksp
NIP : 19750111 199902 200 5

Poltekkes Kemenkes Padang

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan semua sumber baik dikutip maupun dirujuk telah saya cantumkan dengan benar.

Nama : Susan Nurul Nisa

NIM : 2031100155

Tanda Tangan:

A handwritten signature in blue ink is written over a rectangular official stamp. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text 'KEMENTERIAN RI KESEHATAN' and 'POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN RI PADANG'.

Tanggal : 30 Mei 2023

LEMBAR PERSetujuan
Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Analisa kemampuan jiwa jama'ah Dharma
Muktis dengan Analisis di Wilayah Pendidikan Anak-anak Kota Padang" telah
diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan diidipkan Denda Penghap
Karya Tulis Ilmiah Program Studi-1601 Kependidikan Padang, Politeknik
Kementerian Kesehatan Padang

Padang, 17 Mei 2023

Mengetahui

Pengantar 1



Huseinani S. A. M. Kes, Sp. Jwa
NIP. 197508131040512001

Pengantar 2



Sa. Lata Febuanti Amri S. Kes, M. Kes
NIP. 19760308200512001

Mengetahui,

Ketua Pensi. D-III Kependidikan Padang
Politeknik Kesehatan RI Padang



Sa. Yuni Fadriyani S. Kes, M. Kes
NIP. 19780121 199902 2 005

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS DIRI

1. Nama Lengkap : Susan Nurul Nisa
2. Tempat/Tanggal Lahir : Padang/ 20 September 2002
3. Agama : Islam
4. Alamat : Komp. Mega permai V blok a3 no
10, RT: 006/RW: 015, Kel. Lubuk
Buaya, Kec. Koto Tengah
5. Nama Orang Tua
Ayah : Jhoni Afrizon
Ibu : Solfiyeni
6. Nomor Telepon/Email : 082391141483 /
susannurulnisa123@gmail.com

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

No.	Riwayat Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun Lulus
1.	SD	SDN 16 Tuapejat, Kepulauan Mentawai	2008- 2014
2.	SMP	MTsN Lubuk Buaya	2014-2017
3.	SMA	SMAN 8 Padang	2017-2020
4.	Perguruan Tinggi	Program Studi D3 Keperawatan Padang, Poltekkes Kemenkes Padang	2020-2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Ansietas di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang**”.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Diploma III pada Program Studi D III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang. Selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini saya banyak mendapatkan kesulitan karena terbatasnya pengalaman dan wawasan saya. Namun, berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini saya ingin mengucapkan terima kasih kepada: Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa selaku dosen pembimbing I sekaligus Direktur Poltekkes Kemenkes Padang, Ibu Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing II, Ibu Heppi Sasmita, S. Kp, M. Kep, Sp. Jiwa selaku penguji 1 sekaligus Wakil Direktur III Poltekkes Kemenkes Padang dan Ibu Ns. Verra Widhi Astuti, S. Kep, M. Kep selaku penguji 2 yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun karya tulis ilmiah ini

Selanjutnya peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat.

1. Ibu dr. Weni Fitria Nazulis, M. Biomed selaku Kepala Puskesmas Andalas Kota Padang
2. Bapak Tasman, SKp. M. Kep. Sp.Kom Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes RI Padang.
3. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep, M. Kep selaku Ketua progran Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes RI Padang.
4. Bapak dan Ibu dosen beserta staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang
5. Teristimewa kepada Bapak Jhoni Afrizon dan Ibu Solfiyeni selaku kedua orang tua peneliti dan Sdri. Suci Afnisia Putri dan Salsa Aqila Azzahra selaku saudara peneliti yang telah memberikan support, dukungan,

semangat, restu, dan kasih sayang yang tidak dapat ternilai harganya dengan apapun.

6. Sahabat dan teman-teman seperjuangan yg telah memberikan nasehat serta bantuan kepada peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata peneliti berharap semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas semua kebaikan kepada pihak yang telah membantu peneliti. Dan peneliti berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, Mei 2023

Peneliti

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
Karya Tulis Ilmiah, Mei 2023
Susan Nurul Nisa**

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Ansietas Di
Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang**

xii + 94 halaman, 2 tabel, 11 lampiran

ABSTRAK

Peningkatan kadar gula darah menyebabkan klien mengalami kecemasan yang mengakibatkan gangguan pola tidur, kurangnya rasa percaya diri, serta takut untuk bersosialisasi. Tujuan Penelitian yaitu mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Ansietas. Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang, tanggal 13 April sampai 10 Mei 2023. Desain penelitian yaitu *deskriptif* berbentuk studi kasus dengan populasi sebanyak 3 orang dan sampel penelitian 1 orang dengan menggunakan teknik *Simple Random Sampling*. Hasil Penelitian didapatkan data subjektif dan objektif yaitu klien mengeluh cemas dengan penyakit yang dialami, takut dengan komplikasi penyakit, berat badan menurun, susah tidur dan malu dengan keadaannya sekarang. Diagnosis keperawatan Ansietas, gangguan citra tubuh dan koping tidak efektif dan gangguan pola tidur. Intervensi ansietas terdiri atas SP 1 pasien: membantu pasien mengenal ansietas, SP 2 pasien: mengajarkan teknik nafas dalam, SP 3 pasien: mengajarkan teknik relaksasi otot dan SP 4 pasien: mengajarkan teknik hipnotis 5 jari. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat. Evaluasi yang didapatkan klien dan keluarga mampu mengenal dan menerapkan teknik relaksasi yang di ajarkan. Disimpulkan setelah dilakukan asuhan keperawatan terhadap klien dapat mengontrol ansietasnya serta ditemukan semua diagnosis sesuai dengan teori. Disarankan kepada petugas kesehatan melalui pimpinan Puskesmas Andalas agar kasus ini dapat digunakan sebagai informasi tambahan dalam mengembangkan program kesehatan dan masalah psikologis pada penyakit komplikasi terutama Diabetes Mellitus dengan ansietas

**Kata Kunci : Ansietas, Diabetes Mellitus
Daftar Pustaka: 42 (2014 - 2022)**

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I : PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan.....	7
D. Manfaat.....	8
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Konsep Diabetes Mellitus	10
1. Definisi Diabetes Mellitus	10
2. Etiologi Diabetes Mellitus	11
3. Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus	13
4. Komplikasi Diabetes Mellitus	15
5. Penatalaksanaan Diabetes Mellitus	16
B. Konsep Ansietas	17
1. Definisi Ansietas.....	17
2. Penyebab Ansietas	18
3. Tanda Gejala Ansietas	19
4. Tingkat Ansietas	19
5. Faktor Presdiposisi	22
6. Faktor Presipitasi	23
7. Sumber Koping.....	24
8. Mekanisme Koping.....	24
9. Penatalaksanaan Ansietas	25
10. Alat Ukur Kecemasan	27
C. Konsep asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dengan ansietas	30
1. Pengkajian	30
2. Pohon Masalah	34
3. Diagnosis Keperawatan	34
4. Perencanaan Keperawatan.....	35
5. Implementasi Ke perawatan	46
6. Evaluasi Keperawatan	47

BAB III : METODOLOGI PENELITIAN	48
A. Desain penelitian	48
B. Tempat dan Waktu Penelitian	48
C. Populasi dan Sampel	48
D. Alat / Instrumen Pengumpulan Data	50
E. Jenis – jenis Data.....	51
F. Teknik pengumpulan data	51
G. Prosedur Pengambilan Sampel.....	52
H. Analisis.....	54
BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN KASUS.....	56
A. Deskripsi Kasus.....	56
1. Pengkajian Keperawatan	56
2. Diagnosis Keperawatan	63
3. Intervensi Keperawatan	63
4. Implementasi Keperawatan	65
5. Evaluasi Keperawatan	70
B. Pembahasan kasus	72
1. Pengkajian Keperawatan	72
2. Diagnosis Keperawatan	75
3. Intervensi Keperawatan	79
4. Implementasi Keperawatan	84
5. Evaluasi Keperawatan	90
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	95
A. Kesimpulan	96
B. Saran	96

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Alat Ukur Kecemasan	27
Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan	42

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respons Ansietas.....	22
Gambar 2.2 Pohon Masalah.....	34

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal Karya Tulis Ilmiah (GANTCHART)

Lampiran 2 : Surat Izin Pengambilan Data dari Poltekkes Kemenkes Padang

Lampiran 3: Surat izin Pengambilan Data dari Puskesmas Andalas

Lampiran 4: Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Padang Melalui Pelayanan Satu Pintu

Lampiran 5: Surat selesai Penelitian dari Puskesmas Andalas Kota Padang

Lampiran 6: Lembar Konsultasi Proposal Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I

Lampiran 7: Lembar Konsultasi Proposal Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II

Lampiran 8: Kuesioner

Lampiran 9: Inform Consent

Lampiran 10: Hasil Pengkajian Asuhan Keperawatan Psikososial

Lampiran 11: Dokumentasi Kegiatan Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Mellitus merupakan suatu keadaan dimana tubuh tidak dapat menghasilkan hormon insulin sesuai kebutuhan tubuh atau tubuh tidak dapat memanfaatkan secara optimal insulin yang dihasilkan, sehingga kadar gula dalam darah melebihi batas normal. Diabetes Mellitus merupakan keadaan hiperglikemia kronik disertai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah (Lestary et al., 2021). Diabetes Mellitus adalah gangguan kesehatan yang berupa kumpulan gejala yang disebabkan oleh peningkatan kadar gula (glukosa) darah akibat kekurangan ataupun retensi insulin. Penyakit ini sudah lama dikenal, terutama dikalangan keluarga, khususnya keluarga yang berbadan besar (kegemukan) bersama gaya hidup “tinggi” atau modern. Akibatnya, kenyataan menunjukkan Diabetes Mellitus telah menjadi penyakit masyarakat umum, menjadi beban kesehatan masyarakat, meluas dan membawa banyak kecacatan dan kematian (Dafriani, 2016).

Pada penderita Diabetes Mellitus terdapat tanda dan gejala biasanya ditandai dengan banyak buang air kecil karena kadar glukosa darah yang tinggi, banyak minum, banyak makan karena keseimbangan kalori yang negatif sehingga timbul rasa lapar yang sangat besar, penurunan berat badan, rasa lemah, kesemutan pada kaki di waktu malam hari sehingga mengganggu tidur, gangguan penglihatan, gatal, bisul, gangguan ereksi dan keputihan (Lestary et al., 2021), berbeda dengan pendapat (Kusuma, 2017) tanda dan gejala Diabetes Mellitus antara lain yaitu cepat haus, sering berkemih, mengantuk, cepat lapar, penurunan berat badan, rasa lelah dan lemah yang tidak biasa, pandangan kabur, pemulihan luka yang lama atau sering infeksi, dan warna kulit gelap

Sejalan dengan itu, pada laporan data *International Diabetes Federation* (IDF, 2019), diketahui Indonesia merupakan salah satu diantara 22 negara di wilayah Pasifik Barat menempati peringkat ke 3 yang memiliki kasus Diabetes Melitus sebanyak 10.276.100 kasus pada tahun 2017 dengan total populasi orang dewasa sebanyak 166.531.000 jiwa, serta dengan prevalensi kasus diabetes pada orang dewasa sebanyak 6,7%. Pada tahun 2019 terdapatnya 463 juta orang pada usia 20-79 tahun didunia menderita Diabetes Melitus setara dengan angka prevalensi sebesar 9,3% dari total penduduk pada usia yang sama. Berdasarkan jenis kelamin, IDF memperkirakan prevelensi diabetes ditahun 2019 yaitu 9% pada perempuan dan 9,65% pada laki-laki. Prevelensi diabetes diperkirakan meningkat seiring penambahan umur penduduk menjadi 19,9% atau 111 juta orang pada umur 65-79 tahun.

Prevelensi Diabetes Melitus berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur menurut provinsi terdapat presentase 1,5% dan jumlah 1.017.290. Prevalensi berdasarkan prevalensi Diabetes Mellitus yang didiagnosis dokter pada penduduk semua umur menurut kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Barat didapatkan persentase Diabetes Mellitus berdasarkan diagnosis dokter terdapat 1,15% dengan data terendah 1,01% dan tertinggi 1,31%, dan jumlah 37.063. Berdasarkan prevalensi Diabetes Mellitus yang didiagnosis dokter pada penduduk semua umur menurut kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Barat, dikota Padang Diabetes Mellitus berdasarkan diagnosis dokter terdapat 1,79% dengan data terendah 1,30% dan tertinggi 2,44%, dan jumlah 464 (Rikesdas, 2018)

Jumlah penderita Diabetes Mellitus berdasarkan data Profil Kesehatan Kota Padang tahun 2021 didapatkan sebanyak 13.519 orang dengan jumlah pengunjung Puskesmas berkisar 12.552 orang. Berdasarkan persentase jumlah penderita Diabetes Mellitus yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar didapatkan data bahwa posisi pertama berada di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas sebesar 1.775 orang, diikuti oleh Puskesmas Pauh sebesar 1.154 orang dan Puskesmas Lubuk Kilangan

sebesar 1.129 orang, puskesmas Lubuk Buaya sebesar 839 orang dan Puskesmas Pengambiran sebesar 695 orang (Dinkes, 2021)

Diabetes sering disebabkan oleh faktor genetik yang merupakan faktor yang tidak dapat dimodifikasi seperti umur, jenis kelamin, dan faktor keturunan dan faktor risiko diabetes mellitus akan sering muncul setelah usia ≥ 45 tahun. Faktor resiko lain yang dapat dimodifikasi adalah faktor pola makan, kebiasaan merokok, obesitas, hipertensi, stress, aktifitas fisik, alcohol dan lain sebagainya. Selain itu ada faktor psikologis dan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang menimbulkan penyakit diabetes dan komplikasinya (Nasution et al., 2021). Diabetes dapat memengaruhi berbagai sistem organ tubuh manusia dalam jangka waktu tertentu, selain itu faktor psikologis pada penderita diabetes juga akan terganggu apabila mengalami komplikasi maka akan menambahnya kecemasan pada penderita diabetes dikarenakan membuat penderita memikirkan pandangan negatif pada masa depan, mengeluarkan lebih banyak biaya, frustrasi dengan penyakit yang bertambah parah, dan lain lain (Lestari et al., 2021).

Masalah psikososial merupakan perubahan dalam kehidupan individu baik yang bersifat psikologis ataupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik dan dianggap berpotensi cukup besar sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa atau gangguan kesehatan secara nyata, atau sebaliknya masalah kesehatan jiwa yang berdampak pada lingkungan sosial. Ciri-ciri masalah psikososial antara lain: cemas, khawatir berlebihan, takut, mudah tersinggung, sulit konsentrasi, bersifat ragu ragu/merasa rendah diri, merasa kecewa, pemarah dan agresif, reaksi fisik seperti: jantung berdebar, otot tegang, sakit kepala (Muzakki et al., 2016).

Adaptasi psikososial salah satunya bertujuan untuk memberikan rasa aman dan nyaman, psikososial yang banyak terjadi pada manusia adalah rasa cemas, jika individu mengalami penyakit diabetes melitus akan rentan mengalami masalah Kecemasan, Kejadian dalam hidup seperti menghadapi tuntutan, persaingan, serta bencana dapat membawa dampak

terhadap kesehatan fisik dan psikologis. Salah satu contoh dampak psikologis adalah timbulnya kecemasan atau ansietas, dimana Kecemasan merupakan suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman (Yusuf et al., 2015).

Penderita diabetes melitus memiliki tingkat kecemasan yang berkaitan dengan penyakit dan pengobatan yang harus dijalani dan terjadinya komplikasi serius. Kecemasan dapat terjadi berkaitan dengan penatalaksanaan terapi yang harus dijalani seperti diet atau pengaturan makan, pemeriksaan kadar gula darah, konsumsi obat dan juga olahraga. Selain itu, risiko komplikasi penyakit yang dapat dialami penderita juga menyebabkan terjadinya kecemasan. Kecemasan dapat menyebabkan semakin memburuknya kondisi kesehatan atau penyakit yang diderita oleh seseorang. Penderita diabetes melitus jika mengalami kecemasan yang tinggi akan mempengaruhi proses kesembuhan dan menghambat kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari (Jauhari, 2016).

Gangguan kecemasan pada penderita diabetes melitus dapat memperburuk kondisi penderitanya. Kecemasan dapat merangsang hipotalamus hipofisis untuk melepaskan hormon ACTH dimana hormon ini dapat memicu kelenjar adrenal untuk melepaskan hormon epinefrin dan kortisol yang akan meningkatkan kadar gula didalam darah. Kadar gula darah yang tidak terkontrol dapat mengakibatkan berbagai komplikasi pada penderita diabetes melitus. Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita seperti diabetes melitus ketoasidosis, hiperglikemik hiperosmolar non ketotik, gangguan pembuluh darah dan diabetik neuropati. Diabetes Melitus yang kronis dapat menimbulkan disfungsi berbagai organ seperti mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah yang dapat berujung pada kematian (Jeharu et al., 2021).

Diabetes Mellitus memerlukan pemeriksaan secara psikologis untuk mengetahui tingkat kecemasan yang dialami oleh penderita diabetes melitus, melakukan analisis faktor-faktor yang dialami oleh penderita kecemasan serta memperoleh pengalaman langsung dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah psikososial ansietas pada pasien diabetes melitus (Maulasari, 2017) Seseorang yang mengalami ansietas disebabkan oleh faktor predisposisi terdiri dari faktor biologis dan faktor psikologis. Sedangkan faktor presipitasi yang menyebabkan seseorang itu mengalami ansietas yaitu ancaman terhadap integritas fisik yang melibatkan potensial cacat fisik atau penurunan kemampuan diri untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan juga ancaman terhadap sistem diri seperti identitas seseorang, harga diri dan fungsi sosial seseorang (Keliat & Pasaribu, 2016).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Maulasari, 2017), yang menjelaskan bahwa penderita diabetes mellitus akan mengalami kecemasan atau perasaan khawatir akibat keterbatasan aktifitas karena komplikasi yang muncul berupa kerusakan mata yang menyebabkan menurunnya penglihatan, penyakit jantung, stroke, bahkan sampai menyebabkan ganggren yang dapat berisiko terjadinya amputasi. Sejalan dengan itu penelitian (Ramadhani, 2019 dalam (Choir, 2021)), tentang pengaruh ulkus diabetik terhadap kecemasan di RS Bunda Thamrin yang ditemukan kecemasan sedang sebanyak 6 orang, kecemasan berat sebanyak 11 orang dan panik sebanyak 20 orang, maka hal ini menunjukkan dengan hal yang sama dalam penelitian bahwa terjadi kecemasan dalam penelitian bahwa terjadi kecemasan dalam kategori sedang sebanyak 5 orang hingga berat 1 orang pada pasien yang menjalani ulkus diabetik. Berbeda dengan penelitian (Mawan & Muflihatin, 2021), saat dilakukan penelitian diambil 152 responden yang memiliki kecemasan, dan kecemasan berat sebanyak 9 responden, dikarenakan kurangnya kesadaran akan pentingnya menjaga kesehatan dan masih ada beberapa yang bersikap acuh terhadap kesehatannya

Prevelensi gangguan mental emosional pada penduduk umur besar sama 15 tahun menurut Provinsi untuk tingkat nasional terdapat 9,8% dengan jumlah terhitung sebanyak 706.688 orang. Prevelensi gangguan mental emosional pada penduduk umur 15 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Sumatra Barat terdapat 13,01% dengan angka terendah 12,20% dan data tertinggi 13,86%, serta jumlah terhitung 25,227 orang. Sedangkan prevelensi gangguan mental emosional pada penduduk umur besar sama 15 tahun menurut kabupaten/kota di Provinsi Sumatra Barat terutama di kota Padang terdapat 14,20 % data terendah dan 11,85%, data tertinggi dan jumlah terhitung sebanyak 4,547 juta orang (Riskesdas, 2018).

Perawat memiliki peran yang sangat penting dimana semakin tinggi nilai peran perawat sebagai edukator maka semakin rendah nilai persepsi sakit . Semakin baik peran perawat sebagai edukstor, semakin positif persepsi pasien tentang penyakit, yang berarti semakin sedikit ancaman penyakit yang dirasakan oleh pasien. Studi ini menunjukkan bahwa perawat harus dapat meningkatkan penyediaan pendidikan kesehatan untuk pasien dengan diabetes mellitus Type 2 sehingga pasien dapat memiliki persepsi positif terhadap penyakit (Anggraeni et al., 2020)

Hasil survei awal di Puskesmas Andalas pada tanggal 12 Desember 2022, didapatkan data register kunjungan PTM dari Puskesmas Andalas pada bulan November 2022 yaitu sebanyak 53 orang dengan diabetes mellitus. Pada tanggal 12 Desember 2022 didapatkan 3 orang pasien dengan diabetes mellitus yang berkunjung ke Puskesmas Andalas. Dari wawancara dengan klien yang mengalami diabetes mellitus di Puskesmas Andalas, gejala yang sering dirasakan yaitu: merasa lapar, sering buang air kecil dan mudah lelah. Sedangkan gejala psikososial ansietas pada pasien diabetes mellitus yaitu: merasa cemas akibat masalah kesehatannya, rasa khawatir berlebihan terhadap kondisi kesehatan, gelisah dan takut akan akibat komplikasi dari penyakitnya.

Saat melakukan wawancara kesalah satu pasien yang menderita diabetes mellitus, klien mengatakan susah tertidur akibat memikirkan kondisi kesehatannya, sehingga pasien pergi ke psikolog dan mendapatkan obat tidur selama 1 tahun belakangan ini, dikarenakan kondisi kadar gula darah yang terus menerus meningkat maka dari itu klien membatasi makan-makanan yang manis atau banyak mengandung gula, klien juga khawatir dengan komplikasi yang akan terjadi pada penyakit diabetes mellitus suaminya. Untuk mengatasi masalah tersebut perawat belum optimal dalam melakukan pengkajian psikologis terhadap pasien diabetes mellitus, dimana perawat hanya berfokus dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai keluhan penyakit yang dikeluhkan pasien, dengan adanya fenomena tersebut peneliti tertarik untuk melakukan “Asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dengan ansietas di Puskesmas Andalas Kota Padang”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ansietas diwilayah kerja Puskesmas Andalas

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian yaitu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ansietas di wilayah kerja Puskesmas Andalas

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ansietas di Wilayah kerja Puskesmas Andalas
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosis keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ansietas di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas

- c. Mampu mendeskripsikan intervensi keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ansietas di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas
- d. Mampu mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ansietas di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ansietas di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ansietas di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas

D. Manfaat Penelitian

1. Aplikatif

- a. Bagi puskesmas dan keluarga

Bagi tempat penelitian laporan hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat sebagai masukan dan acuan bagi keluarga dan petugas kesehatan Puskesmas Andalas dalam meningkatkan pelayanan keperawatan, terutama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan klien dengan ansietas, untuk meningkatkan mutu pelayanan serta mampu mengembangkan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan individu, keluarga serta masyarakat.

- b. Bagi peneliti

Sebagai pengembangan kemampuan peneliti dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan bagi peneliti dalam penerapan asuhan keperawatan dengan klien ansietas

- c. Bagi Intitusi tempat penelitian

Bagi institusi tempat penelitian laporan hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan sumbangan fikiran dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ansietas untuk meningkatkan mutu pelayanan serta mampu

mengembangkan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan individu, keluarga serta masyarakat dan dapat digunakan sebagai referensi sehingga bisa meningkatkan keilmuan dalam bidang keperawatan jiwa khususnya masalah ansientas pada pasien diabetes mellitus

2. Pengembangan Keilmuan

Diharapkan karya ilmiah ini dapat menambah keterampilan dalam melakukan penelitian keperawatan selain itu hasil studi kasus juga dapat bermanfaat bagi penulis berikutnya agar menambah pengetahuan serta wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ansietas

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Diabetes Mellitus

1. Definisi

Diabetes melitus merupakan gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat. Diabetes melitus merupakan gangguan metabolik kronik yang tidak dapat disembuhkan, tetapi dapat dikontrol yang dikarakteristikan dengan ketidakadekuatan penggunaan insulin. (Purwanto, 2016).

Definisi lain tentang Diabetes mellitus merupakan penyakit gangguan metabolisme kronis yang ditandai dengan peningkatan glukosa darah (hiperglikemia), disebabkan karena ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan insulin. Insulin dalam tubuh dibutuhkan untuk memfasilitasi masuknya glukosa ke dalam sel agar dapat digunakan untuk metabolisme dan pertumbuhan sel. Berkurang atau tidaknya insulin menjadi glukosa mengakibatkan glukosa terhambat dalam darah dan menimbulkan peningkatan gula darah, sementara sel menjadi kekurangan glukosa yang sangat dibutuhkan dalam kelangsungan dan fungsi sel (Tarwoto, 2016).

Sebagaimana dijelaskan oleh (Marasabessy et al., 2022). Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi penyebab kematian tertinggi di dunia, penyakit ini juga menjadikan penderitanya berkurang produktivitas kerja yang berdampak pada berkurangnya pendapatan, serta berkurangnya kualitas hidup penderita karena komplikasi penyakitnya

2. Etiologi

Penyebab Diabetes Melitus berdasarkan beberapa ahli menyatakan, yaitu :

- 1) Diabetes mellitus Tipe I (IDDM : DM tergantung insulin) (WHO dalam (Purwanto, 2016)), yaitu:
 - a. Faktor genetik/ herediter menyebabkan timbulnya diabetes mellitus melalui kerentanan sel-sel beta terhadap penghancuran oleh virus atau mempermudah perkembangan antibodi autoimun melawan sel-sel beta, jadi mengarah pada penghancuran sel-sel beta;
 - b. Faktor infeksi virus Berupa infeksi virus coxakie dan Gondogen yang merupakan pemicu yang menentukan proses autoimun pada individu yang peka secara genetik.

Sejalan dengan hal tersebut (Bustan, 2015) juga mengatakan, diabetes mellitus tipe 1 (Type 1 IDDM) disebabkan oleh gangguan sel Beta pankreas. DM ini berhubungan dengan antibodi berupa *Islet Cell Antibodies* (ICA), *Insulin Autoantibodies* (IAA), dan *Clutamic Acid Decarboxylase Antibodies* (GADA). Diabetes melitus jenis ini kebanyakan ditemukan pada anak atau usia muda, minimal sebelum usia 35 tahun. Sebaliknya, diabetes mellitus type II akan kebanyakan menyerang usia lanjut, karena berhubungan dengan degenerasi atau kerusakan organ dan faktor gaya hidup. Sedikit berbeda dari para ahli yang diatas (Maria, 2021), menjelaskan Diabetes Mellitus tipe 1 disebabkan destruktur sel beta autoimun biasanya memicu terjadinya defisiensi insulin absolut. Faktor herediter berupa antibodi sel islet, tingginya insiden HLA tipe DR3 dan DR4. Diabetes mellitus Type 1 terjadi karena faktor genetik, faktor lingkungan berupa infeksi virus (virus coxsackie, enterovirus, retrovirua, mumps), defisiensi vitamin D, toksin lingkungan, menyusui jangka pendek, paparan dini terhadap protein kompleks. Type ini bisa berkembang pada semua umur tapi

diabetes mellitus Type 1 paling sering terjadi pada anak-anak dan remaja

- 2) Diabetes mellitus Tipe II (Diabetes mellitus tidak tergantung insulin = NIDDM)

Terjadi paling sering pada orang dewasa, dimana terjadi obesitas pada individu obesitas dapat menurunkan jumlah reseptor insulin dari dalam sel target insulin diseluruh tubuh. Jadi membuat insulin yang tersedia kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik yang biasa (WHO dalam (Purwanto, 2016)). Sedangkan menurut (Bustan, 2015), diabetes mellitus tipe 2 (DDM), dari dominasi insulin resisten relatif sampai defek sekresi insulin: a) Kekurangan kalori dan protein jangka panjang; b) Umumnya kurus; c) Insulin dibutuhkan absolut.

Berbeda halnya dengan (Maria, 2021), Diabetes Mellitus tipe 2 disebabkan resistensi insulin perifer defek progresif sekresi insulin, peningkatan gluconeogenesis. Diabetes mellitus tipe 2 dipengaruhi faktor keturunan dan faktor lingkungan berupa obesitas, gaya hidup tidak sehat, diet tinggi karbohidrat. Diabetes mellitus tipe 2 memiliki presimtomatis yang panjang menyebabkan penegakan diabetes mellitus tipe 2 dapat tertunda 4-7 tahun

- 3) Diabetes mellitus Malnutrisi terbagi 2 anyara lain : 1) *Fibro Calculous Pancreatic* diabetes mellitus (FCPD). Terjadi karena mengkonsumsi makanan rendah kalori dan rendah protein sehingga klasifikasi pankreas melalui proses mekanik (*Fibrosis*) atau toksik (*Cyanide*) yang menyebabkan sel-sel beta menjadi rusak; 2) Protein Defisiensi Pancreatic Diabetes Melitus (PDPD). Karena kekurangan protein yang kronik menyebabkan hipofungsi sel Beta pancreas (WHO dalam (Purwanto, 2016)).
- 4) Diabetes mellitus Gestational : Diabetes karena dampak kehamilan seperti ; a) Muncul pada saat kehamilan muda,tapi akan normal

setelah persalinan; b) Risiko pada ibu bisa fatal; c) Risiko pada janin : cacat bawaan sampai mati; d) Memerlukan insulin (sementara waktu); e) Punya risiko diabetes mellitus dikemudian hari (Bustan, 2015). Sementara itu menurut (Maria, 2021), Diabetes Mellitus Gestasional (2%-5% dari semua kehamilan). Diabetes melitus yang menyebabkan didiagnosis selama hamil. Diabetes melitus gestasional merupakan diagnosis dm yang menerapkan untuk perempuan dengan intoleransi glukosa atau ditemukan pertama kali selama kehamilan

- 5) Diabetes mellitus Tipe Lain yaitu, 1) Penyakit pankreas seperti : pancreatitis, Ca Pancreas dll; 2) Penyakit hormonal, Seperti : Acromegali yang meningkat *GH (growth hormon)* yang merangsang sel-sel beta pankreas yang menyebabkan sel-sel ini hiperaktif dan rusak; 3) Obat-obatan, a) Bersifat sitotoksin terhadap sel-sel seperti aloxan dan streptozerin; b) Yang mengurangi produksi insulin seperti derivat thiazide, phenothiazine dll (WHO dalam (Purwanto, 2016)). Berbeda dengan (Bustan, 2015) ; (Maria, 2021), DM tipe lain: bisa berupa defek genetik fungsi insulin, efek genetik kerja insulin, infeksi, karena obat/kimiawi, sebab immunologis lain, sindrom genetik yang terkait DM

3. Manifestasi Klinis diabetes melitus

Tanda dan gejala diabetes melitus Menurut (Tarwoto, 2016).

- a) Sering kencing/miksi atau meningkatnya frekuensi buang air kecil (*polyuria*) Adanya hiperglikemia menyebabkan sebagian glukosa dikeluarkan oleh ginjal bersama urin dikarenakan keterbatasan kemampuan filtrasi ginjal dan kemampuan reabsorpsi dari tubulus ginjal. untuk memudahkan mengeluarkan glukosa dibutuhkan banyak air sehingga frekuensi miksi menjadi meningkat

- b) Meningkatnya rasa haus (*polydipsia*). Banyak miksi menyebabkan kekurangan cairan, hal ini merangsang pusat haus yang mengakibatkan peningkatan rasa haus.
- c) Meningkatnya rasa lapar (*polipagia*). Meningkatnya metabolisme, pemecahan glikogen untuk energi sehingga cadangan energi berkurang keadaan ini menstimulasi pusat lapar.
- d) Penurunan berat badan. Disebabkan karena banyaknya kehilangan cairan, glikogen dan cadangan trigleserida serta massa otot.
- e) Kelainan pada mata, penglihatan kabur. Pada kondisi kronis, keadaan glikemia menyebabkan aliran darah menjadi lambat, sirkulasi ke vaskuler tidak lancar, termasuk pada mata yang dapat merusak retina serta kekeruhan pada lensa.
- f) Kulit gatal, infeksi kulit, gatal-gatal disekitar penis dan vagina peningkatan glukosa darah meningkatkan penumpukan gula pada kulit sehingga menjadi gatal, jamur dan bakteri mudah menyerang kulit.
- g) Ketonuria. ketika glukosa tidak digunakan lagi untuk energi, maka digunakan asam lemak untuk energi, asam lemak akan dipecah menjadi keton yang kemudian berada pada darah dan dikeluarkan melalui ginjal.
- h) Kelemahan dan keletihan. kurangnya cadangan energi dan adanya kelaparan sel, kehilangan potassium menjadi akibat pasien mudah lelah dan letih
- i) Terkadang tanpa gejala. Pada keadaan tertentu tubuh sudah dapat beradaptasi dengan peningkatan glukosa darah.

Berbeda halnya dengan (Purwanto, 2016); (Bustan, 2015), yang menyatakan manifestasi klinis yaitu: a) *Poliuria*; b) *Polidipsi*; c) *Polipagia*; d) Penurunan berat badan; e) Kelemahan, keletihan dan mengantuk; f) Malaise; g) Kesemutan pada ekstremitas; h) Infeksi kulit dan pruritus; i) Timbul gejala ketoasidosis & samnolen bila berat

4. Komplikasi

Pasien diabetes mellitus beresiko terjadinya komplikasi baik bersifat akut maupun kronis, Menurut beberapa ahli menyatakan, yaitu

- a. Komplikasi akut yaitu: a) Koma hiperglikemia disebabkan kadar gula sangat tinggi biasanya terjadi pada NIDDM.; b) Ketoasidosis atau keacunan zat keton sebagai hasil metabolisme lemak dan protein terutama terjadi pada IDDM.; c) Koma hipoglikemia akibat terapi insulin yang berlebihan atau tidak terkontrol. (Tarwoto, 2016). Sedangkan menurut (Maria, 2021). Yaitu membahas tentang: Komplikasi akut, terdiri dari : a) Hiperglikemia dan ketoasidosis diabetik yang mengakibatkan saat glukosa dapat diangkut ke dalam sel karena kurangnya insulin; b) Sindrom hiperglikemia hiperosmolar nonketosis merupakan varian ketoasidosis diabetik yang ditandai dengan hiperglikemia ekstrem (600-2.000 mg/dl), dehidrasi nyata, ketonuria ringan atau tidak terdeteksi, dan tidak ada asidosis, umumnya banyak terjadi pada lansia dengan tipe 2; c) Hipoglikemia merupakan ciri umum dari diabetes melitus tipe 1 dan juga dijumpai di dalam klien tipe 2 yang diobati dengan insulin atau obat herbal. Kadar glukosa darah yang tepat pada klien mempunyai gejala hipoglikemia bervariasi, tapi gejala itu tidak terjadi sampai kadar glukosa darah < 50-60 mg/dl.
- b. Komplikasi kronis
 - 1) Mikrongiopati (kerusakan pada syaraf-syaraf perifer) pada organ-organ yang mempunyai pembuluh darah kecil seperti: a) Retinopati diabetika (kerusakan syaraf retina di mata) sehingga mengakibatkan kebutaan; b) Neuropati diabetika (kerusakan syaraf-syaraf perifer) mengakibatkan baal/gangguan sensoris pada organ tubuh; c) Nefropati diabetika (kelainan/ kerusakan pada ginjal) dapat mengakibatkan gagal ginjal.
 - 2) Makroangiopati yaitu: a) Kelainan pada jantung dan pembuluh

darah seperti miokard infark maupun gangguan fungsi jantung karena arteriosclerosis.; b) Penyakit vaskuler perifer.

- 3) Gangguan sistem pembuluh darah otak dan stroke
- 4) Ganggren diabetika karena adanya neuropati dan terjadi luka yang tidak sembuh-sembuh.
- 5) Disfungsi erektil diabetika. Angka kematian dan kesakitan dari diabetes terjadi akibat komplikasi seperti : a) Hiperglikemia atau hipoglikemia; b) Meningkatnya resiko infeksi

Begitu pula halnya menurut oleh (Maria, 2021). Komplikasi kronik, klien dengan diabetes melitus yang hidup lebih lama, dengan peningkatan risiko untuk komplikasi kronis yaitu komplikasi akrovaskuler yaitu penyakit arteri koroner, penyakit serebrovaskuler, hipertensi, penyakit pembuluh darah, infeksi.

5. Penatalaksanaan Diabets Mellitus

Penatalaksanaan Diabetes Mellitus meliputi 5 pilar, 5 pilar tersebut meliputi : edukasi, terapi nutrisi medis, latihan jasmani, terapi farmakologi dan pemantauan glukosa darah sendiri (Kemenkes RI, 2019).

a. Edukasi

Edukasi merupakan tujuan promosi hidup sehat, sehingga harus dilakukan sebagai upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting bagi pengelolaan glukosa darah pada kasus DM secara holistik

b. Terapi Nutrisi Medis (TNM)

Salah satu pilar pengelolaan diabetes yaitu dengan terapi nutrisi atau merencanakan pola makanan agar tidak meningkatkan indeks glikemik kasus Diabetes Mellitus. Faktor yang dapat berpengaruh terhadap respon glikemik makanan yaitu cara memasak, proses penyajian makanan, bentuk makanan serta komposisi yang terdapat pada makanan (karbohidrat, lemak dan protein), yang dimaksud dengan karbohidrat adalah gula, tepung dan serat

c. Latihan Jasmani

Latihan jasmani merupakan salah satu pilar pengelolaan Diabetes Mellitus. Latihan jasmani merupakan suatu gerakan yang dilakukan oleh otot tubuh dan anggota gerak tubuh lainnya yang memerlukan energi disebut dengan latihan jasmani. Latihan jasmani yang dilakukan setiap hari dan teratur (3-4 kali 10 minggu selama kurang lebih 30-45 menit) merupakan salah satu pilar dalam pengendalian Diabetes Mellitus Tipe 2. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kesegaran jasmani.

d. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi diberikan secara bersamaan dengan terapi nutrisi yang dianjurkan serta latihan jasmani. Terapi farmakologi terdiri atas obat oral dan injeksi.

e. Pemantauan Glukosa Darah Sendiri

Pemantauan glukosa darah mandiri (PGDM) merupakan pemeriksaan glukosa darah secara berkala yang dapat dilakukan oleh kasus DM yang telah mendapatkan edukasi dari tenaga kesehatan terlatih. PGDM dapat memberikan informasi tentang variabilitas glukosa darah harian seperti glukosa darah setiap sebelum makan, satu atau dua jam setelah makan, atau sewaktu-waktu pada kondisi tertentu.

B. Konsep Dasar Ansietas

1. Definisi Ansietas

Kecemasan Merupakan perasaan takut dan tidak jelas didukung oleh situasi (Prabowo, 2014). Banyak ahli mendefinisikan mengenai ansietas yang di kemukakan oleh (Irman et all.,2016). Ansietas merupakan kekhawatiran tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya, tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus cemas yang dimana cemas itu merupakan perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi, ketika merasa cemas individu merasa tidak nyaman takut dan memiliki firasat akan ditimpa

malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi.

Ansietas sebagai perasaan distres psikologis, perasaan cemas, takut, gelisah dan khawatir merupakan respon normal terhadap kejadian yang mengancam. Ansietas jugak bagian respon normal terhadap stres dalam rentang sehat, dan tanda bagi seseorang untuk melindungi diri dari situasi yang berbahaya. Ansietas dapat berfungsi sebagai alarm individu terhadap ancaman, konflik, dan bahaya yang akan terjadi (Wuri et al., 2018).

2. Penyebab Ansietas

Beberapa teori penyebab kecemasan pada individu antara lain menurut (Irman et al., 2016).

- 1) Teori Psikoanalitik, menurut pandangan psikoanalitik kecemasan terjadi karena adanya konflik yang terjadi antara emosional elemen kepribadian, yaitu id dan super ego. Id mewakili insting, super ego mewakili hati nurani, sedangkan ego berperan menengahi konflik yang terjadi antara dua elemen yang bertentangan
- 2) Teori interpersonal, menurut pandangan interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap adanya penolakan dan tidak adanya penerimaan interpersonal
- 3) Teori perilaku (*Behavior*), menurut pandangan perilaku, ansietas yaitu produk frustrasi segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai keinginan yang diinginkan
- 4) Teori Perspektif keluarga, kajian keluarga menunjukkan pola interaksi yang terjadi dalam keluarga. Kecemasan menunjukkan adanya pola interaksi yang mal adaptif dalam system keluarga
- 5) Teori Perspektif biologis, kajian biologis menunjukkan bahwa otak yang terjadi mengandung reseptor khususnya, penghambat asam amino butirik-gamma neroregulator serta endofirin. Kesehatan umum seseorang sebagai predisposisi terhadap ansietas

3. Tanda dan gejala ansietas

Tanda dan gejala Ansietas menurut (Hawari, 2013), yaitu: a) Cemas, khawatir, firasat buruk, takut, akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung; b) merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut; c) takut sendirian, takut pada keramaian, dan banyak orang; d) gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan; e) gangguan konsentrasi dan daya ingat; f) keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan.

Sedangkan Tanda dan gejala ansietas menurut (Irman et all.,2016), adalah untuk masing masing individu bervariasi, tergantung dari berat atau tingkatan yang dirasakan oleh individu tersebut, yaitu: a) gejala psikologis: pernyataan cemas/khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut; b) gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan; c) gangguan konsentrasi daya ingat; d) gejala somatik: rasa sakit pada otot dan tulang, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, sakit kepala, gangguan perkemihan, tangan teraba dingin dan lembab

4. Tingkat Ansietas

Tingkat Ansietas ada empat yang dialami oleh individu yaitu ringan, sedang, berat dan panik, antara lain adalah:

- a) Kecemasan ringan, dihubungkan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari individu masih waspada dikarenakan presepsinya meluas, menajamkan indra; dikemukakan (stuart 2006 dalam (Irman et all.,2016)). Sejalan dengan itu adapun tingkat ansietas menurut (Prabowo, 2014), antara lain adalah: Kecemasan ringan merupakan perasaan bahwa ada sesuatu yang berbeda dan membutuhkan perhatian khusus. Stimulasi sensori meningkat dan membantu individu memfokuskan perhatian untuk belajar, menyelesaikan masalah, berpikir, bertindak, merasakan, dan melindungi diri sendiri. Respons dari

kecemasan ringan sebagai berikut: 1) Respons fisik dari kecemasan ringan yaitu: ketegangan otot ringan, sadar akan lingkungan, rileks atau sedikit gelisah, penuh perhatian, rajin; 2) Respon kognitif dari kecemasan ringan yaitu: lapang persepsi luas, terlihat tenang, percaya diri, perasaan gagal sedikit, waspada dan memperhatikan banyak hal, mempertimbangkan informasi, tingkat pembelajaran optimal; 3) Respons emosional dari kecemasan ringan yaitu: perilaku otomatis, sedikit tidak sadar, aktivitas menyendiri, stimulasi, tenang.

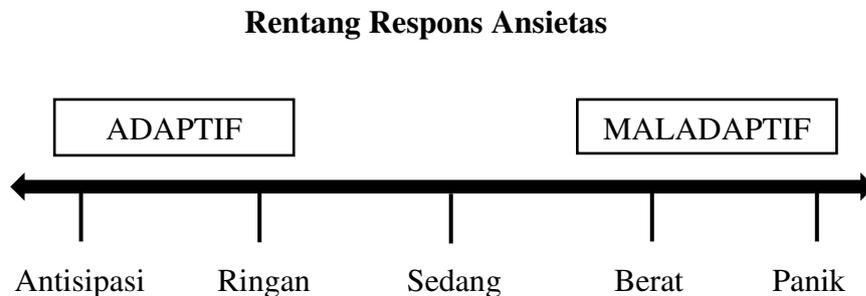
- b) Kecemasan sedang, memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit persepsi nya. Dengan demikian individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya (stuart 2006 dalam (Irman et all., 2016)). Sedangkan itu tingkat ansietas menurut (Prabowo, 2014), antara lain adalah: Kecemasan sedang merupakan perasaan yang mengganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda, individu menjadi gugup atau agitasi. Respons dari kecemasan sedang sebagai berikut :1) Respons fisik dari kecemasan sedang yaitu: ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital meningkat, pupil dilatasi,mulai berkeringat, sering mondar-mandir, memukul tangan, suara berubah; bergetar, nada suara tinggi, kewaspadaan dan ketegangan meningkat, sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah, nyeri punggung; 2) Respons kognitif kecemasan sedang yaitu: lapang persepsi menurun, tidak perhatian secara selektif, fokus terhadap stimulus meningkat, rentang perhatian menurun, penyelesaian masalah menurun, pembelajaran terjadi dengan memfokuskan; 3) Respons emosional kecemasan sedang yaitu : tidak nyaman, mudah tersinggung, kepercayaan diri goyah, tidak sabar, gembira
- c) Kecemasan berat, lapangan persepsi individu sangat sempit. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak

berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan, individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain (stuart 2006 dalam (Irman et all.,2016)). Sedangkan itu tingkat ansietas menurut (Prabowo, 2014), antara lain adalah: Kecemasan berat, yakni ada sesuatu yang berbeda dan ada ancaman, memperhatikan respons takut dan distress. Respons dari kecemasan sebagai berikut:1) Respons fisik kecemasan berat yaitu: ketegangan otot berat, hiperventilasi, kontak mata buruk, pengeluaran keringat meningkat, bicara cepat, nada suara tinggi, tindakan tanpa tujuan dan serampangan, rahang menegang, mengertakan gigi, mondar-mandir, berteriak, meremas tangan, gemetar; 2) Respons kognitif kecemasan berat yaitu: lapang persepsi terbatas, proses berpikir terpecah-pecah, sulit berpikir, penyelesaian masalah buruk, tidak mampu mempertimbangkan informasi, hanya memperhatikan ancaman, egosentris; 3) Respons emosional kecemasan berat yaitu: sangat cemas, agitasi, takut, bingung, merasa tidak adekuat, menarik diri, penyangkalan, ingin beban

d) Panik, berhubungan dengan ketakutan, dan terror. Hal yang rinci terpecah dari proposisinya, karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan (stuart 2006 dalam (Irman et all.,2016)). Sedangkan itu tingkat ansietas menurut (Prabowo, 2014), antara lain adalah: Tingkat panik, individu kehilangan kendali dan detail perhatian hilang, karena hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Respons dari panik sebagai berikut

- 1) Respons fisik panik yaitu: *flight, fight, freeze*, ketegangan otot sangat berat, agitasi motorik kasar, pupil dilatasi, tanda-tanda vital meningkat kemudian menurun, tidak dapat tidur, hormon stress dan neurotransmitter berkurang, wajah menyeringai, mulut ternganga;
- 2) Respons kognitif panik yaitu: persepsi sangat sempit, pikiran tidak logis, kepribadian kacau, tidak dapat menyelesaikan masalah, kofus pada pikiran sendiri, tidak rasional;

- 3) Respons emosional panik yaitu : merasa terbebani, merasa tidak mampu, tidak berdaya, lepas kendali, mengamuk, putus asa, marah, sangat takut, mengharapkan hasil yang buruk, kaget, takut, lelah



Gambar 2.1. Rentang Respons Ansietas

Sumber: (Sutejo, 2019)

5. Faktor presdiposisi

Terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan terjadinya ansietas (Yusuf et al., 2015);(Stuart dan Laraia 2005 dalam (Sutejo, 2016)). diantaranya:

- a) Faktor Biologis, menunjukkan bahwa Otak mengandung reseptor khusus yang dapat meningkatkan neuroregulator inhibisi (GABA) yang berperan penting dalam mekanisme biologi yang berkaitan dengan ansietas. Reseptor benzodiazepine yang terdapat di otak yang membantu mengatur ansietas. Penghambat GABA juga berperan utama dalam mekanisme biologis timbulnya ansietas sebagaimana halnya dengan endorfin. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor
- b) Faktor Psikologis
 - 1) Pandangan Psikoanalitik. Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara antara 2 elemen kepribadian—id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang yang dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan

dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa akan bahaya.

- 2) Pandangan Interpersonal, ansietas timbul akibat perasaan takut tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang mengalami harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.
 - 3) Pandangan Perilaku, Ansietas menjadi produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap sebagai dorongan belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Individu yang terbiasa dengan kehidupan dini dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan, sering menunjukkan ansietas dalam kehidupan selanjutnya.
- c) Sosial budaya. Ansietas dapat ditemukan dengan mudah dalam keluarga. Ada tumpang tindih antara gangguan ansietas dan gangguan ansietas dengan depresi. Faktor ekonomi dan latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas

6. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi ansietas dibedakan menjadi 2 menurut (Yusuf et al., 2015).; (Nurhalimah, 2016), yaitu:

- 1) Ancaman terhadap integritas seseorang seperti ketidakmampuan atau penurunan fungsi fisiologis akibat sakit sehingga mengganggu individu untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari Ancaman terhadap sistem diri seseorang
- 2) Ancaman ini akan menimbulkan gangguan terhadap identitas diri, harga diri, dan fungsi sosial individu

7. Sumber koping

Sumber koping adalah ketersediaan sarana fisik, kehadiran orang lain dan sarana sosial yang dilibatkan oleh individu dalam usahanya untuk melakukan koping terhadap masalah yang di hadapi, strategi koping yaitu perencanaan atau tindakan yang secara langsung maupun tidak langsung diarahkan untuk menghilangkan atau mengurangi tekanan yang dirasakan individu. Sumber koping adalah individu yang mengatasi ansietas dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan (Yusuf et al., 2015). Sedangkan menurut (Mundakir, 2019), Sumber koping yaitu Seseorang yang dapat mengatasi ansietas dengan menggunakan sumber koping internal dan eksternal yang tersedia. Sumber koping terdiri atas kemampuan personal, dukungan sosial, aset material, dan keyakinan, empat komponen tersebut dapat membantu seseorang dalam menginteraksikan pengalaman stressful dan belajar tentang mekanisme koping yang adaptif, ketidakseimbangan pada empat komponen sumber koping akan menyebabkan perilaku yang negatif dalam mengontrol ansietas

8. Mekanisme koping

Mekanisme koping menurut (Yusuf et al., 2015), terbagi dua yaitu:

- a) Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realistis tuntutan situasi stress, misalnya perilaku menyerang untuk mengubah atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. Menarik diri untuk memindahkan dari sumber stress. Kompromi untuk mengganti tujuan atau mengorbankan kebutuhan personal
- b) Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang, tetapi berlangsung tidak sadar, melibatkan penipua diri, distorsi realitas, dan bersifat maladaptif.

Sedikit berbeda dengan paparan (Yusuf et al., 2015), sedangkan menurut (Prabowo, 2014), mengatakan ;

- a. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan realistis yang bertujuan untuk menurunkan

situasi stres, misalnya: 1) Perilaku menyerang (agresif). Digunakan individu untuk mengatasi rintangan agar terpenuhinya kebutuhan; 2) Perilaku menarik diri. Dipergunakan untuk menghilangkan sumber ancaman baik secara fisik maupun secara psikologis; 3) Perilaku kompromi. Dipergunakan untuk mengubah tujuan-tujuan yang akan dilakukan atau mengorbankan kebutuhan personal untuk mencapai tujuan.

- b. *Ego oriented reaction* atau reaksi berorientasi pada ego, coping ini tidak selalu sukses dalam mengatasi masalah, mekanisme ini sering sekali digunakan untuk melindungi diri, sehingga mekanisme pertahanan ego diri biasanya tidak membantu untuk mengatasi masalah secara realita, evaluasi hal-hal berikut: 1) Perawat dapat mengenali secara akurat penggunaan mekanisme pertahanan pasien; 2) Tingkat penggunaan mekanisme pertahanan diri tersebut pengaruhnya terhadap disorganisasi kepribadian; 3) pengaruh penggunaan mekanisme pertahanan terhadap kemajuan kesehatan pasien; 4) Alasan pasien menggunakan mekanisme pertahanan

9. Penatalaksanaan Ansietas

Penatalaksanaan ansietas pada tahap pencegahan dan terapi memerlukan suatu metode pendekatan yang bersifat holistic, mencakup fisik (somatic), psikologik atau psikiatrik, psikososial dan psikoreligius, Hawari 2008 dalam (Prabowo, 2014). seperti pada uraian berikut:

- a) Upaya meningkatkan kekebalan terhadap stress
- 1) Makan makanan yang bergizi dan seimbang;
 - 2) Tidur yang cukup;
 - 3) Cukup olahraga;
 - 4) Tidak merokok;
 - 5) Tidak meminum-minuman keras
- b) Terapi psikofarma adalah terapi dengan memakai obat-obatan yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neuro-transmitter (sinyal penghantar syaraf) disusunan saraf pusat otak (limbic system). Terapi psikofarmaka yang sering dipakai adalah obat anti cemas (anxiolytic),

seperti diazepam, clobazam, bromazepam, lorazepam, buspirone HCL, meprobamate dan alprazolama

c) Terapi somatic. Gejala atau keluhan fisik (somatik) sering dijumpai sebagai gejala ikutan atau akibat dari kecemasan yang berkepanjangan. Untuk menghilangkan keluhan-keluhan somatic (fisik) dapat diberikan obat-obatan yang ditujukan pada organ tubuh yang bersangkutan.

d) Psikoterapi yaitu:

- 1) Psikoterapi yang diberikan tergantung dari kebutuhan individu Psikoterapi suportif, untuk memberikan motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta percaya diri.;
- 2) Psikoterapi re-edukatif, memberikan pendidikan ulang dan koreksi bila dinilai bahwa ketidak mampuan mengatasi cemas.;
- 3) Psikoterapi re-konstruktif, untuk dimaksudkan memperbaiki kembali kepribadian yang telah mengalami goncangan akibat stressor;
- 4) Psikoterapi kognitif, untuk memulihkan fungsi kognitif pasien, yaitu kemampuan untuk berpikir secara rasional, konsentrasi dan daya ingat
- 5) Psiko terapi psikodinamik, untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang menjelaskan kenapa seseorang tidak mampu menghadapi stressor psikososial sehingga mengalami kecemasan;
- 6) Psikoterapi keluarga, untuk memperbaiki hubungan kekeluargaan, agar faktor keluarga tidak lagi menjadi faktor penyebab dan faktor keluarga dapat dijadikan faktor pendukung.

e) Terapi psikoreligius

Untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan yang merupakan stressor psikososial

10. Alat ukur kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat ansietas seseorang tersebut apakah ansietas ringan, ansietas sedang, berat atau berat sekali, bisa menggunakan alat ukur (instrument) yang dikenal dengan *Hamilton Rating Scale For Anxiety (HRS-A)*. Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala, yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik (Hawari, 2013), masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (score) antara 0-4, yang artinya yaitu:

- Nilai 0 : tidak ada gejala (keluhan)
 1 : gejala ringan
 2 : gejala sedang
 3 : gejala berat
 4 : gejala berat sekali

Tabel 2.1

Alat ukur kecemasan *Halimton Rating Scale For Anxiety*

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas - Cemas - Firasat Buruk - Takut Akan Pikiran Sendiri - Mudah Tersinggung					
2	Ketegangan - Merasa Tegang - Lesu - Tak Bisa Istirahat Tenang - Mudah Terkejut - Mudah Menangis - Gemetar - Gelisah					
3	Ketakutan - Pada Gelap - Pada Orang Asing - Ditinggal Sendiri - Pada Binatang Besar - Pada Keramaian Lalu Lintas - Pada Kerumunan Orang Banyak					

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
4	Gangguan Tidur - Sukar Masuk Tidur - Terbangun Malam Hari - Tidak Nyenyak - Bangun dengan Lesu - Banyak Mimpi-Mimpi - Mimpi Buruk - Mimpi Menakutkan					
5	Gangguan Kecerdasan - Sukar Konsentrasi - Daya Ingat Buruk					
6	Perasaan Depresi - Hilangnya Minat - Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi - Sedih - Bangun Dini Hari - Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari					
7	Gejala Somatik (Otot) - Sakit dan Nyeri di Otot-Otot - Kaku - Kedutan Otot - Gigi Gemeruduk - Suara Tidak Stabil					
8	Gejala Somatik (Sensorik) - Tinitus - Penglihatan Kabur - Muka Merah atau Pucat - Merasa Lemah - Perasaan ditusuk-Tusuk					
9	Gejala Kardiovaskuler - Takhikardia - Berdebar - Nyeri di Dada - Denyut Nadi Mengeras - Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan - Detak jantung Menghilang (Berhenti Sekejap)					
10	Gejala Respiratori - Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada - Perasaan Terecekik - Sering Menarik Napas - Napas Pendek/Sesak					

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
11	Gejala Gastrointestinal - Sulit Menelan - Perut Melilit - Gangguan Pencernaan - Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan - Perasaan Terbakar di Perut - Rasa Penuh atau Kembang - Mual - Muntah - Buang Air Besar Lembek - Kehilangan Berat Badan - Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)					
12	Gejala Urogenital - Sering Buang Air Kecil - Tidak Dapat Menahan Air Seni - Amenorrhoe - Menorrhagia - Menjadi Dingin (Frigid) - Ejakulasi Praecoeks - Ereksi Hilang - Impotensi					
13	Gejala Otonom - Mulut Kering - Muka Merah - Mudah Berkeringat - Pusing, Sakit Kepala - Bulu-Bulu Berdiri					
14	Tingkah Laku Pada Wawancara - Gelisah - Tidak Tenang - Jari Gemetar - Kerut Kening - Muka Tegang - Tonus Otot Meningkat - Napas Pendek dan Cepat - Muka Merah					

Total Score:

- Total Nilai (Score): kurang dari 14 : tidak ada kecemasan
14-20 : kecemasan ringan
21-27 : kecemasan sedang
28-41 : kecemasan berat
42-56 : kecemasan berat sekali

C. Konsep asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dengan ansietas

1. Pengkajian

Pengkajian pasien ansietas dapat dilakukan melalui wawancara dan pengkajian adalah tahap pertama yang dilakukan oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dimana di dalam pengkajian perawat menggali informasi mengenai pasien. Data yang dikumpulkan meliputi data subjektif, data objektif meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Tahap pengkajian merupakan tahap yang sangat krusial lantaran pengkajian adalah dasar pada proses menentukan asuhan keperawatan (Manurung et al., 2020).

a) Identitas pasien

Biasanya identitas pasien berupa nama, jenis kelamin, umur, alamat lengkap, diagnosa medis

b) Alasan masuk

Biasanya pasien seringkali mengeluh dada berdebar debar, keluar keringat dingin, tidak dapat tidur dan mengatakan tidak nafsu makan (Nurhalimah, 2016).

c) Faktor presdiposisi

Stressor presdiposisi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat menyebabkan timbulnya kecemasan Menurut (Prabowo, 2014), ketegangan tersebut dapat berupa :

- a. Peristiwa traumatik, yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan maupun situasional
- b. Konflik emosional yang dialami individu dan tidak terselesaikan dengan baik. Konflik antara id dan super ego atau antara keinginan dan kenyataan dapat menimbulkan kecemasan pada individu.
- c. Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan individu berfikir secara realistis sehingga menimbulkan kecemasan.

- d. Frustrasi akan menimbulkan rasa ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak terhadap ego.
- e. Gangguan fisik akan menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman terhadap integritas fisik yang dapat mempengaruhi konsep diri individu.
- f. Pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menangani stress akan mempengaruhi individu dalam berespon terhadap konflik yang dialami karena pola mekanisme koping individu banyak dipelajari dalam keluarga.
- g. Riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga akan mempengaruhi respon individu dalam berespon terhadap konflik dan kecemasan.
- h. Medikasi yang dapat memicu terjadinya kecemasan adalah pengobatan yang mengandung benzodiazepin, karena dapat menekan neuro transmitter *gamma amino butyric acid* (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron di otak yang bertanggung jawab menghasilkan kecemasan.

d) Pemeriksaan fisik

Pada saat pemeriksaan fisik biasanya mendapatkan tanda-tanda vital meningkat (Nurhalimah, 2016). Biasanya Pemeriksaan ini dilakukan secara head to toe atau dimulai dari kepala sampai ujung kaki, biasanya pada orang dengan diabetes melitus tanda anisetas akan tampak seperti cemas dan tegang

e) Psikososial

1) Genogram

Biasanya genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan pasien dan keluarga (Yusuf et al., 2015).

2) Konsep diri

Konsep diri merupakan semua jenis pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya

dan mempengaruhi hubungan dengan orang lain. konsep diri terdiri atas :

- a. Citra tubuh yaitu kumpulan sikap individu yang disadari terhadap tubuhnya termasuk persepsi masa lalu/sekarang, perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensi dirinya;
 - b. Ideal diri merupakan persepsi individu tentang bagaimana ia berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan atau nilai personal tertentu;
 - c. Harga diri yaitu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan dirinya;
 - d. Penampilan peran serangkaian perilaku yang diharapkan oleh lingkungan social berhubungan dengan fungsi individu diberbagai kelompok sosial;
 - e. Identitas diri yaitu pengorganisasian prinsip dari kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi dan keunikan individu
- f) Status mental : 1) Penampilan pasien biasanya rapi penggunaan pakaian sesuai; 2) cara bicara biasanya pasien ansietas akan gagap, lambat, kaku dan agak ragu-ragu; 3) aktifitas motoric biasanya pasien akan tampak lesu, tegang gelisah dan sering menyendiri dan tremor; 4) alam perasaan biasanya pasien ansietas tampak sedih, cemas, ketakutan putus asa, dan khawatir; 5) biasanya afek pasien tumpul, datar, dan tidak sesuai; 6) Interaksi selama wawancara biasanya pasien berani menatapmata dan sesekali membuang muka. Tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang dan selalu cemas; 7) Persepsi biasanya tergantung dari tingkat ansietas pasien; 8) Proses pikir akan terjadi perubahan proses pikir pada pasien yang biasanya antara sirkumtansial, tangensial, kehilangan asosiasi, pengulangan pembicaraan

g) Persiapan pulang

Biasanya Kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan bisa terpenuhi. Kegiatan hidup sehari-hari seperti memenuhi perawatan diri, kebutuhan nutrisi, tidur dapat dilakukan dan terpenuhi dengan baik. Kemampuan pasien mengantisipasi dan membuat keputusan sudah bisa. Sistem pendukung yang dimiliki ada seperti keluarga, teman sejawat dan lainnya. Pasien sudah mampu menikmati kegiatan atau hobi yang menghasilkan.

h) Mekanisme koping

Biasanya bila individu sedang mengalami kecemasan ia mencoba menetralisasi, mengingkari atau meniadakan kecemasan dengan mengembangkan pola koping. Pada kecemasan ringan mekanisme koping yang biasanya digunakan adalah menangis, tidur, makan tertawa, berkhayal, memaki, merokok, olahraga, mengurangi kontak mata dengan orang lain, membatasi diri pada orang lain. Mekanisme koping untuk sedang, berat dan panik membutuhkan banyak energy. Mekanisme koping yang dilakukan ada dua jenis yaitu *task oriented reaction* atau reaksi yang berorientasi pada tugas, *ego oriented reaction* atau reaksi berorientasi pada ego (Prabowo, 2014).

i) Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pasien akan mengalami masalah dalam cara berinteraksi dengan lingkungan disebabkan oleh kurangnya dukungan dari kelompok, masalah pendidikan, masalah dengan pekerjaan, masalah dengan ekonomi, dan masalah dengan pelayanan kesehatan.

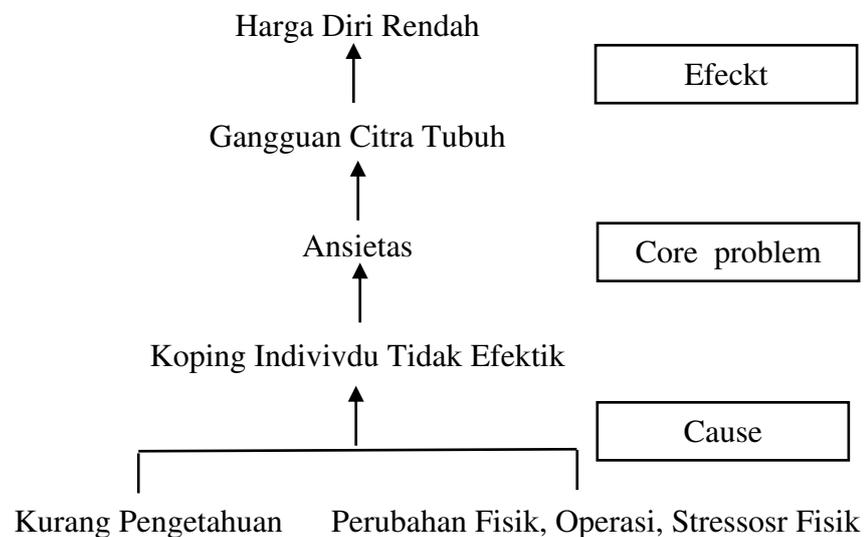
j) Pengetahuan

Biasanya pasien dengan ansietas memiliki kurangnya pengetahuan tentang masalah kesehatan yang dialami dan cara perawatan yang benar.

k) Aspek medis

Biasanya terdiri dari diagnosa medik, dan terapi medik pasien

2. Pohon Masalah



Gambar 2.2. Pohon Masalah Ansietas

Sumber: (Nurhalimah, 2016)

3. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis tentang keluarga, individu, dan komunitas, yang diperoleh melalui proses pengumpulan data dan analisis data yang cermat, yang menjadi dasar untuk menentukan tindakan yang bertanggung jawab yang harus diambil oleh perawat (Bakri, 2021). Sejalan dengan (Widagdo, 2016) yang menyatakan bahwa diagnosa keperawatan adalah interpretasi ilmiah dari data yang diperoleh dari pengkajian yang digunakan oleh perawat untuk perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis yang berfokus pada respon paparan manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Kholifah, 2016). Diagnosis Keperawatan yang muncul berkaitan dengan ansietas yang terjadi pada pasien diabetes melitus antara lain: a) Ansietas; b) Gangguan citra tubuh; c) Harga diri rendah; d) Gangguan pola tidur; e) Koping Individu tidak efektif

4. Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai setiap tujuan khusus. Sementara rasional adalah alasan ilmiah mengapa tindakan diberikan. Alasan ini bisa didapatkan dari literatur, hasil penelitian, dan pengalaman praktik. Rencana tindakan yang digunakan di tatanan kesehatan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia. Standar keperawatan Amerika menyatakan terdapat empat macam tindakan keperawatan, yaitu (1) asuhan mandiri, (2) kolaboratif, (3) pendidikan kesehatan, dan (4) observasi lanjutan. Tindakan keperawatan harus menggambarkan tindakan keperawatan yang mandiri, serta kerja sama dengan pasien, keluarga, kelompok, dan kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa yang lain (Yusuf et al., 2015).

1. Diagnosis Keperawatan : Ansietas

Menurut (Nurhalimah, 2016) Tindakan keperawatan pada pasien ansietas

1) Tindakan Keperawatan pasien

- a. Tujuan Tindakan Keperawatan: Klien dapat mengenal ansietas, Klien dapat mengatasi ansietas melalui latihan relaksasi, Klien dapat memperagakan dan menggunakan latihan relaksasi untuk mengatasi ansietas, Melibatkan Keluarga dalam latihan yang telah disusun
- b. Tindakan Keperawatan pasien :
 - a) Membina hubungan saling percaya
 - b) Membantu klien mengenal ansietas
 - c) Mengajarkan teknik nafas dalam :
 - i. Pengertian Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu tindakan keperawatan dengan menghembuskan napas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah juga dapat menurunkan tingkat kecemasan
 - ii. Tujuan teknik relaksasi napas untuk mengurangi stress baik

stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. :

- a) Prosedur teknik relaksasi napas dalam
 - b) Ciptakan lingkungan yang tenang
 - c) Usahakan tetap rileks dan tenang
 - d) Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3
 - e) Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
 - f) Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
 - g) Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
 - h) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
 - i) Usahakan agar tetap konsentrasi/mata sambil terpejam
 - j) Pada saat konsentrasi pusatkan pada hal-hal yang nyaman
 - k) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga ansietas berkurang
- d) Mengajarkan relaksasi otot
- 1) Identifikasi tingkat cemas
 - 2) Kaji kesiapan pasien, perasaan pasien.
 - 3) Ruang yang sejuk, tidak gaduh dan alami
 - 4) Siapkan tempat tidur atau kursi yang dapat menopang bahu pasien:
 - a. Jelaskan kembali tujuan terapi dan prosedur yang dilakukan;
 - b. Pasien berbaring atau duduk bersandar (ada sandaran untuk kaki dan bahu);
 - c. Lakukan latihan nafas dalam dengan menarik nafas melalui hidung dan dihembuskan melalui mulut;
 - d. Bersama pasien mengidentifikasi (pasien dianjurkan dan dibimbing untuk mengidentifikasi) daerah-daerah otot yang sering tegang misalnya dahi, tengkuk, leher, bahu, pinggang, lengan, betis;
 - e. Bimbing pasien untuk mengencangkan otot tersebut selama 5 sampai 7 detik, kemudian bimbing pasien untuk merelaksasikan otot 20 sampai 30 detik;
 - f. Kencangkan dahi

(kerutkan dahi keatas) selama 5-7 detik, kemudian relaksakan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya; g. Kencangkan bahu, tarik keatas selama 5-7 detik, kemudian relaksakan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar; h. Kepalkan telapak tangan dan kencangkan otot bisep selama 5-7 detik, kemudian relaksakan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar; i. Kencangkan betis, ibu jari tarik kebelakang bisep selama 5-7 detik, kemudian relaksakan 20-30 detik. Minta Pasien untuk merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar; j. Selama kontraksi pasien dianjurkan merasakan kencangnya otot dan selama relaksasi anjurkan pasien konsentrasi merasakan rilaksnya

e) Melatih pasien prosedur hipnosis 5 jari:

- i. Atur posisi klien nyaman mungkin;
- ii. Pejamkan mata dan lakukan teknik napas dalam secara perlahan sebanyak 3 kali. Minta pasien untuk relaks;
- iii. Minta pasien untuk menautkan ibu jari dengan jari telunjuk, dan minta pasien untuk membayangkan kondisi dirinya ketika kondisi begitu sehat;
- iv. Tautkan ibu jari dengan jari tengah minta pasien membayangkan ketika mendapatkan hadiah atau barang yang sangat disukai;
- v. Tautkan ibu jari kepada jari manis, bayangkan ketika Anda berada di tempat yang paling nyaman, tempat yang membuat pasien merasa sangat bahagia;
- vi. Tautkan ibu jari dengan jari kelingking, bayangkan ketika Anda mendapat suatu penghargaan;
- vii. Tarik nafas, lakukan perlahan, lakukan selama 3 kali;
- viii. Buka mata kembali.

2) Tindakan Keperawatan untuk Keluarga menurut (Yusuf et al., 2015).

- a. Tujuan: Keluarga mampu mengenal masalah ansietas pada anggota

keluarganya, keluarga mampu memahami proses terjadinya masalah ansietas, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami ansietas, keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan ansietas, keluarga mampu merujuk anggota keluarga yang mengalami ansietas.

b. Tindakan keperawatan

- i. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- ii. Diskusikan tentang proses terjadinya ansietas serta tanda dan gejala.
- iii. Diskusikan tentang penyebab dan akibat dari ansietas.
- iv. Diskusikan cara merawat pasien dengan ansietas dengan cara mengajarkan teknik relaksasi; a) Mengalihkan situasi; b) Latihan relaksasi dengan napas dalam, mengerutkan, dan mengendurkan otot; c) Menghipnotis diri sendiri (latihan lima jari); d) Diskusikan dengan keluarga perilaku pasien yang perlu dirujuk dan bagaimana merujuk pasien.

2. Diagnosis Keperawatan : Gangguan Citra Tubuh

Tindakan pada pasien :

- 1) Tindakan keperawatan untuk pasien dengan gangguan citra tubuh bertujuan agar pasien mampu, mengidentifikasi citra tubuhnya, meningkatkan penerimaan terhadap citra tubuhnya, mengidentifikasi aspek positif diri, mengetahui cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh, melakukan cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh, berinteraksi dengan orang lain tanpa terganggu
- 2) Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah
 - a) Diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuhnya, dulu dan saat ini, perasaan tentang citra tubuhnya dan harapan tentang citra tubuhnya saat ini.
 - b) Motivasi Pasien untuk melihat/meminta bantuan keluarga dan perawat untuk melihat dan menyentuh bagian tubuh secara bertahap.
 - c) Diskusikan aspek positif diri.

- d) Bantu Pasien untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu (misalnya menggunakan anus buatan dari hasil kolostomi).
- e) Ajarkan Pasien meningkatkan citra tubuh dengan cara: 1) Motivasi Pasien untuk melakukan aktivitas pada pembentuk tubuh yang ideal; 2) Gunakan protese, wig (rambut palsu), kosmetik atau yang lainnya sesegera mungkin, gunakan pakaian yang baru; 3) Motivasi pasien untuk melihat bagian yang hilang secara bertahap; 4) Bantu pasien menyentuh bagian tersebut
- f) Lakukan interaksi secara bertahap dengan cara: 1) Susun jadwal kegiatan sehari-hari; 2) Motivasi untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan terlibat dalam aktivitas keluarga dan social; 3) Motivasi untuk mengunjungi teman atau orang lain yang berarti atau mempunyai peran penting baginya; 4) Berikan pujian terhadap keberhasilan Pasien melakukan interaksi.

Tindakan terhadap keluarga

- a. Tujuan umum : Keluarga dapat membantu dalam meningkatkan kepercayaan diri klien.
- b. Tujuan khusus : a) Keluarga dapat mengenal masalah gangguan citra tubuh; b) Keluarga dapat mengenal masalah gangguan citra tubuh; c) Keluarga mengetahui cara mengatasi masalah gangguan citra tubuh; d) Keluarga mampu merawat pasien gangguan citra tubuh; e) Keluarga mampu mengevaluasi kemampuan pasien dan memberikan pujian atas keberhasilannya
- c. Tindakan Keperawatan; a) Jelaskan dengan keluarga tentang gangguan citra tubuh yang terjadi pada pasien; b) Jelaskan kepada keluarga cara mengatasi gangguan citra tubuh; c) Ajarkan kepada keluarga cara merawat pasien; d) Menyediakan fasilitas untuk memenuhi kebutuhan pasien dirumah; e) Memfasilitasi interaksi dirumah; f) Melaksanakan kegiatan

3. Diagnosis keperawatan: Harga Diri Rendah

Tindakan keperawatan untuk Pasien

- a. Tujuan tindakan keperawatan Harga Diri Rendah 1) Membina hubungan saling percaya; 2) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki; 3) Menilai kemampuan yang dapat digunakan; 4) Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan; 5) Melatih kegiatan yang telah dipilih sesuai kemampuan; 6) Merencanakan kegiatan yang telah dilatih
- b. Tindakan Keperawatan:
 - 1) Membina hubungan saling percaya. Dengan cara: a) Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan klien; b) Perkenalkan diri dengan klien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang Perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien yang disukai; c) Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini; d) Buat kontrak asuhan: apa yang Perawat akan lakukan bersama klien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempatnya dimana; e) Jelaskan bahwa Perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi; f) Tunjukkan sikap empati terhadap klien; g) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.
 - 2) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien. Tindakan keperawatan yang dilakukan: a) Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan); b) Beri pujian yang realistis dan hindarkan memberikan penilaian yang negatif setiap kali bertemu dengan klien
 - 3) Membantu pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan: a) Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan): buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini; b) Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien; c) Membantu pasien dapat memilih/menetapkan kegiatan berdasarkan daftar kegiatan yang dapat dilakukan; d) Diskusikan kegiatan yang akan dipilih untuk dilatih saat pertemuan ; e) Bantu pasien memberikan alasan terhadap pilihan

yang ia tetapkan; f) Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya); g) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari; h) Berikan dukungan dan pujian yang nyata setiap kemajuan yang diperlihatkan klien.

- 4) Membantu pasien dapat merencanakan kegiatan sesuai kemampuannya dan menyusun rencana kegiatan:
 - a) Beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan;
 - b) Beri pujian atas aktivitas/kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari;
 - c) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap aktivitas;
 - d) Susun daftar aktivitas yang sudah dilatihkan bersama pasien dan keluarga;
 - e) Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan;
 - f) Yakinkan bahwa keluarga mendukung setiap aktivitas yang dilakukan klien

Tindakan keperawatan untuk keluarga dengan pasien harga diri rendah

- a. Tujuan: Keluarga mampu: Mengenal masalah harga diri rendah, mengambil keputusan untuk merawat harga diri rendah, merawat harga diri rendah, memodifikasi lingkungan yang mendukung meningkatkan harga diri klien., menilai perkembangan perubahan kemampuan klien, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- b. Tindakan Keperawatan:
 - a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien;
 - b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadi harga diri rendah dan mengambil keputusan merawat klien;
 - c) Melatih keluarga cara merawat harga diri rendah;
 - d) Membimbing keluarga merawat harga diri rendah;
 - e) Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung meningkatkan harga diri klien;
 - f) Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan;
 - g) Menganjurkan follow up ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur

Tabel 2.2
Rencana Asuhan Keperawatan

Intervensi keperawatan menurut (PPNI, 2017b) (PPNI, 2017a) (PPNI, 2019)

Diagnosis	SLKI	SIKI
<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri (D.0080)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah ansietas dapat teratasi dengan Kriteria hasil (L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan berkurangnya rasa kebingungan 2. Mengungkapkan berkurangnya rasa khawatir akibat kondisi yang dihadapi 3. Berkurangnya perilaku gelisah 4. Frekuensi pernafasan (16-20 x/i) 5. Frekuensi nadi dalam rentang (60-100 x/i) 6. Tekanan darah (100/90-120/80 mmHg) 7. Pola tidur (7-8 jam setiap hari) 	<p>Terapi relaksasi (I.09326)</p> <p style="text-align: center;"><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif. 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan. 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya. 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan. 5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi. <p style="text-align: center;"><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, jika memungkinkan. 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi. 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan teknik relaksasi sebagai

Diagnosis	SIKI	SLKI
		<p>strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai.</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang Tersedia (mis. Musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif). 2. Anjurkan mengambil posisi nyaman. 3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi. 4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih. <p>Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. nafas dalam, peregangan, atau majinasi terbimbing)</p>
<p>Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (D.0083)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan gangguan citra tubuh diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil (L.09067)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaiknya pandangan melihat bagian tubuh 2. Adanya rasa ingin menyentuh tubuh 3. Berkurangnya ungkapan 	<p>Promosi citra tubuh (I.09305)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan. 2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin dan umur terkait citra Tubuh 3. Identifikasi perubahan citra Tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial. 4. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri. 5. Monitor apakah pasien biasa melihat bagian tubuh yang berubah.

Diagnosis	SIKI	SLKI
	<p>4. kecacatan bagian tubuh</p> <p>5. Berkurangnya ungkapan kehilangan bagian tubuh</p> <p>6. Berkurangnya ungkapan perasaan negatif terhadap perubahan tubuh</p> <p>7. Berkurangnya mengingat penampilan masa lalu</p> <p>Terjalannya hubungan sosial yang baik</p>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya. 2. Diskusikan perbedaan fisik terhadap harga diri. 3. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis. Luka, penyakit, pembedahan). 4. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh yang secara realistis. 5. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh. 2. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh. 3. Latih fungsi tubuh yang dimiliki. 4. Latih peningkatan penampilan diri (mis. Berdandan). 5. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok

Diagnosis	SIKI	SLKI
<p>Harga Diri Rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh (D.0087)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan harga diri rendah situasional diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil (L.09069)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatnya penilaian positif terhadap diri 2. Adanya rasa memiliki kemampuan positif 3. Pola tidur (7-8 jam setiap hari) 4. Adanya kontak mata saat berkomunikasi 5. Keaktifan diri meningkat 6. Adanya peningkatan kemampuan membuat keputusan 7. Berkurangnya perasaan malu saat bersosialisasi 	<p>Promosi harga diri (I.09309)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia terhadap harga diri. 2. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri. 3. Monitor tingkat harga diri setiap waktu. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi verbalisasi positif untuk diri sendiri. 2. Motivasi menirami tantangan atau hal baru. 3. Diskusikan Pernyataan tentang harga diri. 4. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri. 5. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri 6. Diskusikan persepsi negative diri. 7. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah. 8. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam

Diagnosis	SIKI	SLKI
		<ol style="list-style-type: none"> 2. perkembangan konsep positif diri pasien. 3. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki. 4. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain. 5. Anjurkan membuka diri Terhadap kritik negative. 6. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri. 7. Latih pernyataan/ kemampuan positif diri. 8. Latih cara berfikir dan berperilaku positif.

6. Implementasi

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa di implementasikan. Saat memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Kemudian penting untuk diperhatikan terkait dengan standar tindakan yang telah ditentukan dan aspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan (Yusuf et al., 2015).

7. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi ada dua macam, yaitu evaluasi proses atau evaluasi formatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan evaluasi hasil atau sumatif, yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu sebagai berikut (Yusuf et al., 2015).

S : respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.

P : tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif, dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif adalah suatu bentuk penelitian yang ditujukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan fenomena-fenomena itu bisa berupa bentuk, aktifitas, karakteristik, perubahan, hubungan, kesamaan, dan perbedaan antara fenomena yang satu dengan fenomena lainnya. Penelitian deskriptif adalah riset epidemiologi yang bertujuan menggambarkan pola distribusi penyakit menurut populasi, letak geografis, dan waktu (Masturoh, 2018), dimana penelitian deskriptif disini menggambarkan bagaimana asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus dengan Ansietas di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang

B. Tempat Dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang, waktu penelitian dilakukan mulai dari bulan November 2022 sampai Mei 2023. Waktu peneliti menerapkan asuhan keperawatan dari tanggal 13 April sampai 10 Mei 2023

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian dapat ditarik kesimpulannya. Populasi bukan hanya orang, tetapi juga benda-benda alam yang lainnya, misalnya: orang, benda, tumbuhan, hewan, peristiwa, gejala, lembaga, organisasi dan lain-lain (Masturoh, 2018). Populasi pada penelitian ini yaitu 3 orang penderita Diabetes Mellitus dengan Ansietas yang telah dilakukan skrining dan berkunjung di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang secara nyata diteliti dan ditarik kesimpulan (Masturoh, 2018). Jumlah sampel yang digunakan yaitu 1 orang penderita diabetes melitus Type 1 atau Type 2 dengan ansietas yang nantinya akan memenuhi syarat kriteria. Untuk pemilihan sampel, dipilih 3 populasi dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Metode pengambilan sampel adalah *Purposive sampling* yang memungkinkan sampel dipilih berdasarkan aspek atau kriteria tertentu oleh peneliti dengan karakteristik populasi.

Dari 3 orang populasi yang peneliti temukan saat menerapkan asuhan keperawatan menderit diabetes mellitus dengan ansietas. Namun peneliti hanya mengambil 1 orang sebagai sample dengan pertimbangan kriteria tertentu. Adapun kriteria inklusi dan kriteria eksklusi adalah sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Klien bersedia menjadi responden dalam penelitian
- 3) Klien dengan diabetes melitus yang memiliki masalah psikososial ansietas, kategori ansietas yang dipilih yaitu selain dari ansietas ringan yang dilakukan melalui skrening menggunakan alat ukur kecemasan
- 4) Klien kooperatif yaitu mampu berkomunikasi dengan baik dan benar
- 5) Klien masih berkunjung untuk pengobatan di pukesmas andalas
- 6) Klien diabetes mellitus yang berusia dewasa yaitu 20-59 tahun

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian adalah:

- 1) Klien yang mengalami cacat fisik yang dapat mengganggu proses penelitian (misalnya buta dan tuli)
- 2) Klien yang tidak mau dijadikan partisipan
- 3) Klien yang tidak berada ditempat, atau pindah saat dilakukan penelitian
- 4) Klien tidak mengalami gangguan jiwa

Dalam penelitian ini peneliti melakukan skринning terhadap populasi yang diadopsi dari (Hawari, 2013). Dari 3 orang populasi setelah disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi nantinya akan ada populasi yang tereliminasi sehingga untuk mendapatkan satu orang sampel sebagai partisipan, peneliti menggunakan teknik *simple random sampling* dengan cara menuliskan nama-nama penderita diabetes melitus dengan ansietas tersebut pada secarik kertas yang diletakkan dalam kotak. Setelah itu, kertas dalam kotak tersebut diaduk dan diambil satu kertas secara acak, sehingga pada akhirnya didapatkan 1 sampel yang akan dijadikan partisipan

D. Alat / Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisioner pengukuran tingkat kecemasan yang diukur dengan menggunakan *Halmilton Rating Scale for Anxiety (HARS)*, format pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, observasi langsung dan studi dokumentasi.

1. Pemeriksaan fisik: Cek gula darah, Tensimeter, stestokop, termometer, penlight, timbangan, statur meter
2. Format pengkajian keperawatan terdiri dari : identitas klien, faktor predisposisi, fisik, psikososial, status mental, mekanisme koping,

masalah psikososial dan lingkungan, pengetahuan, aspek medic, analisa data, daftar masalah, pohon masalah, diagnosis keperawatan.

3. Format diagnosis keperawatan terdiri dari: diagnosa keperawatan, tanggal munculnya masalah, tanggal teratasi masalah dan tanda tangan.
4. Format rencana tindakan keperawatan terdiri dari: diagnosa keperawatan, rencana tindakan yang terdiri dari tujuan, kriteria evaluasi dan intervensi.
5. Format implementasi dan evaluasi keperawatan terdiri dari: hari, tanggal, jam, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

E. Jenis-jenis Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber datanya. Informasi utama yang diperoleh peneliti melalui wawancara dan anmnesa langsung, meliputi identitas klien, riwayat klien, aktifitas klien sehari-hari dirumah, dan pemeriksaan fisik terhadap klien . Data primer juga diperoleh dari mengamati keluarga, seperti prilaku keluarga, kondisi lingkungan dan kondisi fisik

2. Data sekunder

Data yang diperoleh lamgsung dari dokumentasi pelayanan kesehatan, yaitu: puskesmas, dokumentasi kader dan ketua RT tempat tinggal pasien pada diabetes melitus dengan ansietas

F. Teknik Pengumpulan Data

Sebagai teknik pengumpulan data, digunakan metode berupa observasi, pengukuran, wawancara mendalam dan dokumentasi secara bersamaan untuk sumber data yang sama.

1. Observasi

Dalam penelitian ini peneliti melihat kondisi lansia dan mengamati keluarga yang tinggal bersama penderita serta kondisi fisik dari lingkungan

2. Pengukuran

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan pengukuran berupa suhu, denyut nadi, tekanan darah, pernafasan, tinggi badan, berat badan serta lingkaran lengan atas.

3. Wawancara

Dalam penelitian ini, wawancara yang dilakukan peneliti dengan responden dan keluarganya, ditanyakan mengenai kondisi umum klien dan keluarganya, aktivitas klien dan keluarga, stres yang dialami klien dan keluarga, dan klarifikasi tentang harapan klien dan keluarga.

4. Studi Dokumentasi

Dengan mempelajari dokumentasi penelitian ini, peneliti memperoleh tambahan informasi dari dokumen-dokumen yang ada di puskesmas Andalas, Posbindu PTM, serta ketua RT

G. Prosedur Penelitian

1. Prosedur Administrasi

Prosedur dalam pengumpulan data yang akan dilakukan oleh peneliti adalah:

- a. Penelitian meminta izin penelitian dari instansi asal penelitian yaitu Poltekkes Kemenkes Padang.
- b. Penelitian memasukkan surat izin penelitian yang diberikan oleh instansi asal penelitian ke Dinas Kesehatan Kota Padang melalui
- c. Setelah dapat surat izin dari Dinas Kesehatan Kota Padang melalui pelayanan satu pintu, surat tersebut di serahkan ke pihak Puskesmas Andalas dan meminta izin untuk mengambil data yang dibutuhkan peneliti.
- d. Melakukan pemilihan sampel dengan populasi pasien diabetes mellitus dengan ansietas di wilayah kerja Puskesmas Andalas
- e. Pemilihan sampel dilakukan dengan teknik *simple random sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan atau

- f. masalah dalam penelitian), dari 3 populasi didapatkan satu sampel untuk dijadikan responden yang sesuai dengan kriteria Kriteria inklusi yaitu: klien bersedia menjadi responden dalam penelitian, klien dengan diabetes melitus yang memiliki masalah psikososial ansietas, kategori ansietas yang dipilih yaitu selain dari ansietas ringan yang dilakukan melalui skrening menggunakan alat ukur kecemasan, klien kooperatif yaitu mampu berkomunikasi dengan baik dan benar, klien masih berkunjung untuk pengobatan di Pukesmas Andalas, klien diabetes mellitus yang berusia dewasa yaitu 20-59 tahun. Sedangkan Kriteria eksklusi dalam penelitian adalah:klien yang mengalami cacat fisik yang dapat mengganggu proses penelitian (misalnya buta dan tuli), klien yang tidak mau dijadikan partisipan, klien yang tidak berada ditempat, atau pindah saat dilakukan penelitian, klien tidak mengalami gangguan jiwa
- g. Penelitian melakukan pendekatan pada satu orang pasien diabetes mellitus dengan ansietas dengan keluarga didampingi kader
- h. Penelitian mengunjungi rumah responden
- i. Penelitian menjelaskan tujuan dilakukannya penelitian kepada responden dan keluarga
- j. Penelitian memberikan informen consent kepada responden
- k. Responden dan keluarga memberikan persetujuan untuk dijadikan responden dalam penelitian
- l. Responden menandatangani informed conset. Penelitian meminta waktu responden untuk melakukan asuhan keperawatan dan pamit.
- m. Selanjutnya peneliti dan responden serta keluarga melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya untuk melakukan pengkajian dengan menggunakan format pengkajian diabetes mellitus dengan ansietas dengan teknik wawancara dan anamnesa. Peneliti juga melakukan observasi dan pengukuran dengan melakukan pemeriksaan fisik *head to toe* pada responden.

- n. Bersama responden dan keluarga peneliti merumuskan dan menjelaskan intervensi apa yang akan dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada responden.
- o. Penelitian melakukan implementasi dan evaluasi selama dua minggu dengan dua belas kali kunjungan pada responden dan setelah itu melakukan dokumentasi keperawatan.
- p. Pada kunjungan terakhir peneliti melakukan terminasi pada responden dan keluarga.

2. Proses Asuhan Keperawatan

- a. Pada kunjungan pertama peneliti memperkenalkan diri, memberitahu tujuan dari pertemuan, membuat kontrak waktu dan meminta persetujuan pasien. Selanjutnya peneliti akan melakukan pengkajian dengan sumber informasi pasien diabetes mellitus dengan ansietas dan keluarga.
- b. Peneliti melakukan pengkajian dimulai dari mengkaji identitas klien sehingga mengumpulkan data-data yang terkait dengan kondisi klien untuk dianalisis data.
- c. Peneliti merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada partisipan.
- d. Peneliti merumuskan perencanaan keperawatan yang akan dilakukan.
- e. Peneliti melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat
- f. Peneliti mengevaluasi dan mendokumentasikan setiap melakukan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dengan ansietas

H. Analisis Data

Analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada masalah psikososial Ansietas dalam tahapan proses keperawatan dengan menggunakan konsep dari teori keperawatan jiwa. Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian berdasarkan data osubjektif dan objektif yang didapatkan melalui wawancara dengan pasien serta keluarga, observasi dan

pemeriksaan fisik. penegakkan diagnosis keperawatan dengan melihat ketimpangan data mayor dan minor yang ditegakkan berdasarkan patofisiologi. Intervensi keperawatan dilakukan menggunakan intervensi yang dikeluarkan oleh PPNI. Implementasi keperawatan merupakan perwujudan kegiatan yang sudah direncanakan berdasarkan intervensi yang dikeluarkan oleh PPNI. Evaluasi keperawatan diperoleh dari capaian kriteria hasil berdasarkan standar luaran keperawatan yang dikeluarkan oleh PPNI

BAB IV

DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Kasus

Dari hasil penelitian yang dilakukan tentang asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus dengan Ansietas di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas yang telah dilaksanakan dimulai dari tanggal 13 April sampai dengan 12 Mei 2023 dengan proses keperawatan yang penulis lakukan meliputi pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosis keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas klien

Dari hasil pengkajian yang telah penulis lakukan didapatkan data identitas klien sebagai berikut. Klien bernama Ny.E, jenis kelamin perempuan, klien berumur 55 tahun, klien beragama islam, alamat klien RT 1/ RW 4 Andalas, klien bekerja sebagai ibu rumah tangga

b. Keluhan utama

Saat dilakukan pengkajian pada klien keluhan utama yang dirasakan adalah klien merasa cemas dengan penyakit diabetes mellitus yang dialaminya klien mengatakan takut akan terjadinya komplikasi terhadap masalah kesehatan yang dialami dan pasien merasa cemas dikarenakan disekeliling pasien juga mengalami diabetes mellitus yang sudah komplikasi, Selain itu pasien juga merasa bosan dengan siklus minum obat dan mengukur kadar gula darah yang terus menerus, ditambah usia yang semakin bertambah takut keadaan akan bertambah buruk, berat badan klien semakin turun dan klien mengatakan badannya terasa semakin kurus, klien sering merasa lelah, suka mengantuk, pandangan mata kabur, dan kadang merasa pusing, klien mengatakan malu dengan keadaan sekarang badan semakin kurus dan merasa dirinya tidak tampak sehat dan bugar lagi seperti biasanya. jika gula darahnya mengalami kekambuhan dan bertambah tinggi klien mengeluhkan pusing, merasa

sangat lelah dan pandangan mata semakin kabur dan dapat mengganggu aktifitas klien, sehingga klien cemas akan masalah kesehatannya tersebut, Selain itu klien kurang mengetahui mengenai masalah penyakit diabetes mellitusnya

c. Faktor presdiposisi

Adapun factor presdiposisi dari deskripsi kasus sebagai berikut:

1) Faktor biologis

Klien cemas dikarenakan takut akan komplikasi yang akan terjadi, klien tampak gelisah dan sedikit melamun saat ditanya tentang masalah kesehatannya, klien tampak lemas, akibat masalah kesehatan diabetes mellitus yang dialami oleh klien. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya, klien mengatakan sudah menderita penyakit diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu. Klien mengatakan orang tua maupun keluarga klien tidak ada yang memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya maupun masalah kesehatan yang sama dengan klien.

2) Faktor psikologis

Klien mengatakan cemas dengan masalah kesehatan yang dialaminya akan mengalami komplikasi serta mengalami kekambuhan yang dapat mengganggu aktifitas pasien seperti biasanya yang kemudian ditakutkan akan memperparah keadaan kesehatan klien. Klien tampak gelisah dan sedikit melamun saat ditanya tentang masalah kesehatannya, klien tampak lemas

3) Sosial budaya

Klien mengatakan berhubungan baik dengan keluarganya anak dan suaminya selalu mendukungnya untuk kesembuhannya. Klien berhubungan baik dengan lingkungan dan masyarakat sekitar tempat tinggal klien dan turut berperan dalam kegiatan dimasyarakat seperti gontong royong serta membantu kegiatan-kegiatan lain dimasyarakat

d. Pemeriksaan fisik

Dari hasil pemeriksaan fisik pada klien, didapatkan hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien didapatkan yaitu tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 85x/m, suhu tubuh 36,9 C, pernafasan 19x/m. Dari pengukuran tinggi badan klien 156 cm, berat badan klien 64,5 kg. Klien mengatakan badan sering terasa lelah.

e. Psikososial

Dari hasil anamnesa yang penulis lakukan didapatkan data konsep diri: Pengkajian genogram pada klien merupakan anak ke enam dari sebelas orang bersaudara, klien berumur 55 tahun dan klien menikah dengan suaminya yang merupakan anak ke tujuh dari delapan orang bersaudara dan memiliki anak dua orang. klien tinggal bersama dengan suami dan satu orang anaknya yang masi tinggal dirumahnya, klien berhubungan baik dengan keluarganya, orang terdekat dengan klien adalah suaminya. Pengkajian gambaran diri, klien mengatakan merasa dirinya semakin kurus dan malu dengan berat badannya yang semakin menurun dan tampak lemes dan mudah merasa lelah.

Pengkajian identitas diri, klien berstatus sebagai anak pertama dari enam orang bersaudara dan sudah menikah satu kali dan memiliki dua orang anak.

Pengkajian peran diri, klien merupakan seorang ibu dan seorang istri. Pengkajian ideal diri, klien bersemangat untuk mengikuti latihan ansietas yang dilakukan dan tetap bersemangat menghadapi hari-harinya.

Pengkajian harga diri, klien tidak memiliki masalah hubungan dengan keluarganya namun klien merasa malu dengan berat badannya yang semakin menurun dan lebih kurus dari biasanya. Pasien lebih sering dirumah karena menurut klien lebih nyaman dirumah dan juga tidak ada yang menghuni rumah jika suami dan anaknya sudah pergi bekerja.

Pengkajian hubungan sosial, klien mengatakan orang terdekatnya saat ini adalah suaminya. Klien mengatakan klien berhubungan baik dengan lingkungan dan masyarakat sekitar tempat tinggal klien dan turut berperan dalam kegiatan dimasyarakat seperti gontong royong serta membantu kegiatan-kegiatan lain dimasyarakat.

Pengkajian spiritual, klien mengatakan selalu melakukan shalat 5 waktu dan selalu berdo'a dan berharap agar dia bisa tetap kuat dan sehat sehingga tidak menyusahkan orang lain atau keluarganya serta klien mengatakan selalu mensyukuri apa yang Allah berikan padanya.

f. Status mental

Dari pengkajian status mental klien didapatkan data penampilan klien tampak rapi, bersih, serta pakai yang digunakan dapat disesuaikan dengan tempat, rambut klien rapi. Dari wawancara yang dilakukan dengan klien dapat berbicara dengan jelas dan dapat menjawab pertanyaan dengan tepat.

Pengkajian aktivitas motoric, saat dilakukan wawancara klien tampak tenang dan bisa menjawab dengan baik pertanyaan. Saat ditanyakan tentang masalah kesehatan yang dialami oleh klien, klien tampak cemas dan takut jika masalah kesehatannya akan mengalami komplikasi. Klien tidak menunjukkan ekspresi yang berlebihan saat sedih maupun gembira dan klien tampak senang saat menceritakan pengalamannya yang menyenangkan.

Hasil observasi afek, interaksi selama proses keperawatan, klien mampu menjawab pertanyaan dengan baik, dan kontak mata klien saat wawancara baik. Pengkajian proses pikir selama wawancara, pembicaraan klien singkat tidak berbelit-belit, dan tidak berulang-ulang dan ada hubungannya antara satu kalimat dan kalimat lainnya dalam satu topik. Klien mengatakan tidak mengalami gangguan isi pikir.

Pengkajian tingkat kesadaran, klien mengatakan bahwa klien menyadari klien sekarang berada dirumahnya dan sadar saat berbicara dengan siapa berbicara dan lingkungannya. Klien sadar terhadap waktu dilakukan wawancara dan mengetahui jam berapa wawancara dan latihan yang dilakukan bersama dengan klien, dan klien menyadari dimana wawancara dan latihan yang telah dilakukan dirumah klien.

Pengkajian memori, klien mampu mengingat jelas peristiwa yang dialaminya. Klien juga ingat jika ditanya apa sudah makan atau belum dan kapan klien makan, dengan siapa saja bertemu hari ini. Klien tidak memiliki gangguan daya ingat jangka pendek maupun jangka panjang.

Pengkajian tingkat konsentrasi dan berhitung, saat dilakukan wawancara dan selama wawancara konsentrasi klien baik dan dapat fokus menjawab dengan baik apa yang ditanyakan pada klien, serta klien dapat menjawab hitungan sederhana.

Pengkajian kemampuan penilaian, saat diberikan pilihan seperti apakah klien mendahulukan kegiatan merapikan tempat tidur atau menyapu. Klien memilih merapikan tempat tidur terlebih dahulu karena itu yang lebih mendesak. Pengkajian daya tilik diri, klien mengetahui penyakit yang dideritanya namun klien sadar bahwasanya klien cemas dikarenakan takut akan komplikasi yang akan terjadi, klien tampak gelisah dan sedikit melamun saat ditanya tentang masalah kesehatannya, klien tampak lemas, akibat masalah kesehatan diabetes mellitus yang dialami oleh klien.

g. Kebutuhan dasar manusia

Klien mengatakan makan 3x/hari yaitu dengan nasi dan lauk pauk porsi sedang. Klien mengatakan BAB 1x/hari dan BAK klien kurang lebih 3-4 x/hari. Klien mengatakan mandi 2x/hari pagi dan sore. Istirahat dan tidur klien biasanya kurang lebih 7 jam/hari.

Penggunaan obat Klien mengatakan bosan meminum obat diabetes

mellitus, klien mengatakan kurang pengetahuan mengenai penyakitnya. Pemeliharaan kesehatan klien mengatakan sudah jarang kontrol dan meminum obat rutin penurun gula darah, klien mengatakan tidak mengetahui pola hidup yang sehat terutama bagi penderita diabetes mellitus.

Kegiatan sehari-hari klien mampu melakukannya secara mandiri seperti memasak dan membereskan rumah, kegiatan diluar rumah yang biasanya dilakukan klien adalah seperti pergi belanja untuk membeli kebutuhan bahan pokok dan sesekali pergi kerumah anaknya.

h. Mekanisme koping

Klien cenderung bereaksi terhadap masalah dan bereaksi lambat karena takut dengan keadaan kesehatannya saat ini.

i. Masalah psikososial dan lingkungan

Klien mengatakan hubungan dengan keluarganya baik dan Klien berhubungan baik dengan lingkungan dan masyarakat sekitar tempat tinggal klien dan turut berperan dalam kegiatan dimasyarakat seperti gontong royong serta membantu kegiatan- kegiatan lain dimasyarakat.

j. Pengetahuan

Klien mengatakan mengetahui penyakit yang dideritanya dan cemas yang dirasakan saat ini akan tetapi klien tidak mengetahui tanda dan gejala serta cara mengatasi kecemasan yang dialami klien.

k. Analisis data /Daftar masalah

Berdasarkan dari hasil pengkajian penulis mendapatkan 3 masalah keperawatan yaitu ansietas, gangguan citra tubuh dan harga diri rendah. Masalah keperawatan pertama : ansietas

Data subjektif : klien merasa cemas dengan penyakit diabetes mellitus yang dialaminya klien mengatakan takut akan terjadinya komplikasi terhadap masalah kesehatan yang dialami, ditambah usia yang semakin

bertambah takut keadaan akan bertambah buruk. Data objektif : klien kooperatif saat dilakukan wawancara, tampak klien gelisah dan sedikit melamun saat ditanya tentang masalah kesehatannya, klien tampak lemas, pengkajian TTV didapat tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 85x/m, suhu tubuh 36,90C, Pernafasan 19x/m.

Masalah keperawatan ke dua : gangguan citra tubuh

Data subjektif : klien mengatakan berat badan klien semakin turun dan klien mengatakan badannya terasa semakin kurus, kulit kadang suka gatal, pasien sering merasa lelah, suka mengantuk, pandangan mata kabur, dan kadang merasa pusing. Klien mengatakan malu dengan keadaan sekarang badan semakin kurus dan merasa dirinya tidak tampak sehat dan bugar lagi seperti biasanya.

Data objektif : klien tampak kurus, dan pakaian yang biasa digunakan tampak longgar, klien tampak lemas, tampak bekas pada tangan klien akibat gatal, hasil pengukuran dari pengukuran tinggi badan klien 156 cm, berat badan klien 64,5 kg.

Masalah keperawatan ketiga : koping tidak efektif

Data subjektif : Klien cenderung bereaksi terhadap masalah dan bereaksi lambat karena takut dengan keadaan kesehatannya saat ini. Klien mengatakan tidak mengetahui cara mengatasi kecemasan yang dirasakannya. Pasien lebih sering dirumah karena menurut klien lebih nyaman dirumah

Data objektif : klien tampak lemas, klien tampak lebih sering dirumah, klien tampak sedikit melamun saat ditanya tentang masalah kesehatannya.

2. **Diagnosa keperawatan**

Dari hasil pengkajian keperawatan dan observasi yang dilakukan penulis ditemukan masalah keperawatan yang didapatkan ada 4 masalah keperawatan yang diangkat sebagai diagnosa yaitu diagnosis keperawatan yang pertama

Manajemen kesehatan tidak efektif diagnosis keperawatan kedua **ansietas**, diagnosis keperawatan ketiga yaitu **gangguan citra tubuh**, diagnosis keperawatan keempat yaitu **koping tidak efektif**.

3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan ansietas berupa intervensi mandiri yang Strategi pelaksanaan **ansietas** pada pasien. SP 1 pasien : Membantu klien mengenal ansietas mengidentifikasi dan mengurai perasaannya, menjelaskan situasi yang menyebabkan kecemasan, menyadari perilaku akibat kecemasan, dan mengajarkan klien teknik relaksasi pengalihan situasi. SP 2 pasien: Mengajarkan teknik nafas dalam. SP 3 pasien: mengajarkan teknik relaksasi otot. SP 4 pasien: Mengajarkan teknik hypnosis 5 jari, serta menjelaskan mengenai penyakit diabetes mellitus diantaranya pengertian diabetes mellitus, faktor risiko, penyebab, cara penatalaksanaan manajemen diabetes mellitus.

Strategi pelaksanaan ansietas untuk keluarga.SP 1 keluarga: Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien,menjelaskan pengertian, tanda dan gejala proses terjadinya ansietas, mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan teknik pengalihan situasi. SP 2 keluarga: mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan Latihan relaksasi dengan napas dalam.

SP 3 keluarga: mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan teknik relaksasi mengerutkan, dan mengendurkan otot. SP 4 keluarga: mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan teknik relaksasi menghipnotis diri sendiri (latihan lima jari).

Diagnosis **gangguan citra tubuh** memiliki intervensi atau strategi pelaksanaan keperawatan yang terdiri dari tindakan keperawatan untuk pasien dan keluarga. Strategi pelaksanaan pada klien. SP 1 pasien: membina hubungan saling percaya. Diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuhnya. Diskusikan aspek positif diri. Mendiskusikan cara meningkatkan citra tubuh. SP 2 pasien: mengevaluasi kegiatan yang dilakukan. Mengidentifikasi dan melakukan cara meningkatkan citra tubuh. Melatih pasien berinteraksi secara

bertahap.

Gangguan citra tubuh juga memiliki strategi pelaksanaan pada keluarga. SP 1 keluarga: mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga .menjelaskan mengenai masalah gangguan citra tubuh. Menjelaskan cara mengatasi gangguan citra tubuh. SP 2 keluarga: mengevaluasi mengenai kegiatan sebelumnya. Menyusun rencana keperawatan bersama keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh. Melatih keluarga cara merawat pasien gangguan citra tubuh.

Diagnosis **koping tidak efektif** memiliki strategi pelaksanaan keperawatan yang terdiri dari tindakan keperawatan untuk pasien dan juga keluarga. SP 1 pasien: membantu pasien mengenal koping individu tidak efektif dan mengajarkan koping yang konstruktif berbicara dengan orang lain. SP 2 pasien: mengajarkan koping konstruktif kegiatan yang disukai. SP 3 pasien: mengajarkan koping konstruktif olahraga.

Straetegi pelaksanaan untuk keluarga. SP 1 keluarga: diskusikan tentang tanda dan gejala, dan penyebab koping tidak efektif, diskusikan cara merawat klien dengan koping tidak efektif dengan membantu klien mengenal koping individu tidak efektif dan bicara dengan orang lain. SP 2 keluarga: evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing klien dalam melaksanakan aktivitas berbicara dengan orang lain, bersama keluarga melatih klien dalam melakukan aktifitas yang disenangi. SP 3 keluarga: evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing klien melaksanakan aktivitas yang disenangi, bersama keluarga melatih aktivitas olahraga.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh penulis pada tanggal 15 April, 17 April dan 30 April 2023 pukul 11:00 WIB dengan diagnosis **ansietas** yang dilakukan pada klien adalah melaksanakan SP 1 pasien: membina hubungan saling percaya dengan klien dan membuat kontrak dengan klien berapa lama akan dikerjakan dan dimana akan dilakukan tindakan dan berbincang-bincang dengan klien. Kemudian penulis membantu

klien mengenal ansietas mengidentifikasi dan mengurangi perasaannya, menjelaskan situasi yang menyebabkan kecemasan, menyadari perilaku akibat kecemasan, dan mengajarkan klien teknik relaksasi pengalihan situasi. Selanjutnya penulis melakukan terminasi menanyakan perasaan setelah dilakukan kegiatan dan menganjurkan klien untuk melakukan kegiatan tersebut jika ansietasnya datang. Selanjutnya penulis juga membuat kontrak yang akan datang dengan klien yaitu mengajarkan teknik nafas dalam .

SP 2 pasien: sebelumnya penulis melakukan evaluasi dan validasi tentang kegiatan yang telah dilakukan sebelumnya dan menjelaskan kembali tentang kontrak waktu yang telah dibuat sebelumnya, kemudian penulis menjelaskan tentang manfaat tindakan yang akan dilakukan dan kemudian melatih klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam, Ciptakan lingkungan yang tenang, Usahakan tetap rileks dan tenang, Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3, Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks, Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali, Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan, Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks, Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam. Pada saat konsentrasi pusatkan pada hal-hal yang nyaman, anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga ansietas terasa berkurang. Selanjutnya penulis melakukan terminasi menanyakan perasaan setelah dilakukan kegiatan dan menganjurkan klien untuk melakukan kegiatan tersebut jika ansietasnya datang. Kemudian penulis membuat kontrak yang akan datang dengan klien yaitu mengajarkan teknik relaksasi otot.

SP 3 pasien: penulis melakukan evaluasi dan validasi tentang kegiatan yang telah dilakukan sebelumnya dan menjelaskan kembali tentang kontrak waktu yang telah dibuat sebelumnya, kemudian penulis menjelaskan tentang manfaat tindakan yang akan dilakukan dan kemudian melatih klien untuk melakukan teknik relaksasi otot penulis menjelaskan tujuan dan mengajarkan teknik relaksasi otot, Pasien berbaring atau duduk bersandar (ada sandaran

untuk kaki dan bahu), Lakukan latihan nafas dalam dengan menarik nafas melalui hidung dan dihembuskan melalui mulut, Bersama pasien mengidentifikasi (pasien dianjurkan dan dibimbing untuk mengidentifikasi) daerah-daerah otot yang sering tegang misalnya dahi, tengkuk, leher, bahu, pinggang, lengan, betis, Bimbing pasien untuk mengencangkan otot tersebut selama 5 sampai 7 detik, kemudian bimbing pasien untuk merelaksasikan otot 20 sampai 30 detik. Kencangkan dahi (kerutkan dahi keatas) selama 5-7 detik, kemudian relaksasikan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya, Kencangkan bahu, tarik keatas selama 5- 7detik, kemudian relaksasikan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar. Kepalkan telapak tangan dan kencangkan otot bisep selama 5-7 detik, kemudian relaksasikan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar. Kencangkan betis, ibu jari tarik kebelakang bisep selama 5-7 detik, kemudian relaksasikan 20-30 detik. Minta Pasien untuk merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar. Selama kontraksi pasien dianjurkan merasakan kencangnya otot dan selama relaksasi anjurkan pasien konsentrasi merasakan rileksnya otot. Selanjutnya penulis melakukan terminasi menanyakan perasaan setelah dilakukan kegiatan dan menganjurkan klien untuk melakukan kegiatan tersebut jika ansietasnya datang. Selanjutnya penulis membuat kontrak yang akan datang dengan klien yaitu mengajarkan teknik hipnotis 5 jari.

SP 4 pasien: penulis melakukan evaluasi dan validasi tentang kegiatan yang telah dilakukan sebelumnya dan menjelaskan kembali tentang kontrak waktu yang telah dibuat sebelumnya, kemudian penulis menjelaskan tentang manfaat tindakan yang akan dilakukan dan kemudian melatih klien untuk melakukan teknik relaksasi hipnosis 5 jari menjelaskan tujuan tindakan dan mengajarkan teknik relaksasi 5 jari dengan Atur posisi klien nyaman mungkin, Pejamkan mata dan lakukan teknik napas dalam secara perlahan sebanyak 3 kali. Minta pasien untuk relaks, Minta pasien untuk menautkan ibu jaridengan jari telunjuk, dan minta pasien untuk membayangkan kondisi dirinya ketika kondisi begitu sehat, Tautkan ibu jari dengan jari tengah minta pasien membayangkan ketika mendapatkan hadiah atau barang yang sangat

disukai, Tautkan ibu jari kepada jari manis, bayangkan ketika Anda berada di tempat yang paling nyaman, tempat yang membuat pasien merasa sangat bahagia, Tautkan ibu jari dengan jari kelingkng, bayangkan ketika Anda mendapat suatu penghargaan. Tarik nafas, lakukan perlahan, lakukan selama 3 kali, Buka mata kembali. Selanjutnya penulis melakukan terminasi menanyakan perasaan setelah dilakukan kegiatan dan menganjurkan klien untuk melakukan kegiatan tersebut jika ansietasnya datang.

Untuk implementasi manajemen diabetes mellitus diantaranya menjelaskan mengenai penyakit diabetes mellitus, pengertian diabetes mellitus, faktor risiko, penyebab, cara penatalaksanaan manajemen diabetes mellitus, dalam mengurangi ansietas belum sepenuhnya tercapai

Strategi pelaksanaan untuk keluarga klien. SP 1 keluarga: Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala proses terjadinya ansietas, mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan teknik pengalihan situasi. SP 2 keluarga: mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan Latihan relaksasi dengan napas dalam. SP 3 keluarga: mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan teknik relaksasi mengerutkan, dan mengendurkan otot. SP 4 keluarga: mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan teknik relaksasi Menghipnotis diri sendiri (latihan lima jari). Selanjutnya penulis melakukan terminasi menanyakan perasaan setelah dilakukan kegiatan dan menganjurkan keluarga untuk mampu melakukan serta menerapkan apa yang telah diajarkan kepada keluarga kepada klien untuk melakukan kegiatan tersebut jika ansietasnya datang.

Tindakan keperawatan selanjutnya yang telah dilakukan penulis pada tanggal 1 Mei sampai dengan 2 Mei 2023 pukul 11:00 WIB pada pasien untuk diagnosa keperawatan yang ke 2 yaitu **gangguan citra tubuh** penulis melaksanakan strategi pelaksanaan untuk klien. SP 1 pasien: membina hubungan saling percaya. Diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuhnya. Diskusikan aspek positif diri. Mendiskusikan cara meningkatkan citra tubuh

seperti Motivasi Pasien untuk melakukan aktivitas yang mengarah pada pembentukan tubuh yang ideal, bantu pasien memotivasi untuk melihat dan menerima bagian tubuhnya. Selanjutnya penulis melakukan terminasi menanyakan kembali bagaimana perasaan klien setelah mendiskusikan dan mengevaluasi kegiatan yang telah dilakukan sebelumnya. Bersama klien penulis membuat kontrak waktu yang akan datang yaitu melatih pasien berinteraksi secara bertahap

SP 2 pasien: mengevaluasi kegiatan yang dilakukan. Mengidentifikasi dan melakukan cara meningkatkan citra tubuh. Melatih pasien berinteraksi secara bertahap yaitu Susun jadwal kegiatan sehari-hari. Motivasi untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan terlibat dalam aktivitas keluarga dan social. Motivasi untuk mengunjungi teman atau orang lain yang berarti atau mempunyai peran penting baginya. Berikan pujian terhadap keberhasilan Pasien melakukan interaksi. Penulis melakukan terminasi dan menanyakan perasaan klien setelah dilakukan kegiatan latihan.

Strategi pelaksanaan pada keluarga. SP 1 keluarga: mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga. Menjelaskan mengenai masalah gangguan citra tubuh. Menjelaskan cara mengatasi gangguan citra tubuh. SP 2 keluarga: mengevaluasi mengenai kegiatan sebelumnya. Menyusun rencana keperawatan bersama keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh. melatih keluarga cara merawat pasien gangguan citra tubuh.

Tindakan keperawatan selanjutnya yang telah dilakukan penulis pada tanggal 3 Mei sampai dengan 4 Mei 2023 pukul 11:00 WIB yaitu diagnosa ke 3 **koping tidak efektif** memiliki strategi pelaksanaan untuk klien. SP 1 pasien: yaitu membantu klien mengenal koping individu tidak efektif dan mengajarkan koping yang konstruktif berbicara dengan orang lain. SP 2 pasien: mengajarkan koping konstruktif kegiatan yang disukai. SP 3 pasien: mengajarkan koping konstruktif olahraga.

Straetegi pelaksanaan untuk keluarga. SP 1 keluarga: diskusikan tentang tanda dan gejala, dan penyebab koping tidak efektif, diskusikan cara merawat

klien dengan koping individu tidak efektif dengan membantu klien mengenal koping individu tidak efektif dan bicara dengan orang lain.SP 2 keluarga: evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing klien dalam melaksanakan aktivitas berbicara dengan orang lain,bersama keluarga melatih klien dalam melakukan aktifitas yang disenangi. SP 3 keluarga: evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing klien melaksanakan aktivitas yang disenangi, bersama keluarga melatih aktivitas olahraga.

Kemudian penulis melakukan terminasi dan evaluasi kegiatan yang telah dilakukan bersama keluarga, menanyakan kembali perasaan keluarga setelah melakukan kegiatan dan menyarankan kepada keluarga klien agar dapat menerapkannya kepada klien.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi diagnosa keperawatan **Manajemen kesehatan tidak efektif** pada tanggal 8 Mei 2023 pukul 11:00 WIB klien sudah mampu mengenali diabetes mellitus yang dialaminya, klien mampu untuk menerapkan cara mengatasi diabetes mellitus, Klien mampu menyebutkan kembali tentang masalah diabetes mellitus, selama berinteraksi klien kooperatif dengan penulis serta mampu menanggapi dengan baik apa yang disampaikan serta mau menerima saran atau motivasi yang diberikan

Hasil evaluasi diagnosa keperawatan **ansietas** pada tanggal 8 Mei 2023 pukul 13:00 WIB setelah dilakukan implementasi didapatkan klien mengatakan sudah mampu mengenali **ansietas** yang dialaminya, klien mengatakan mampu untuk menerapkan teknik relaksasi yang telah diajarkan, klien mengatakan ansietasnya berkurang setelah melakukan teknik yang telah diajarkan, klien mampu menyebutkan kembali tentang masalah ansietas yang dialami, klien mampu untuk mempraktekan teknik-teknik relaksasi yang telah diajarkan kepada klien untuk mengatasi ansietasnya, selama berinteraksi klien kooperatif dengan penulis serta mampu menanggapi dengan baik apa yang disampaikan serta mau menerima saran atau motivasi yang diberikan. Evaluasi untuk keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan yang diajarkan kepada keluarga, keluarga mengatakan telah mampu mengenal masalah ansietas

yang dialami klien, keluarga mengatakan mampu mengetahui cara merawat anggota keluarganya dengan baik, serta mampu membantu mengatasi kecemasan klien dengan teknik relaksasi yang sebelumnya telah diajarkan, keluarga tampak paham dengan masalah ansietas yang dialami klien, keluarga mampu merawat keluarga dengan masalah ansietas. hasil assessment didapatkan masalah ansietas klien berkurang dan intervensi ansietas selesai.

Hasil evaluasi keperawatan untuk diagnosa **gangguan citra tubuh** pada tanggal 9 Mei 2023 pukul 11:00 WIB didapatkan klien mengatakan memahami tentang masalah gangguan citra tubuhnya, klien mengatakan dapat mengetahui aspek positif diri yang dimiliki untuk meningkatkan citra tubuh klien, serta klien mampu berinteraksi dengan baik, selama dilakukan latihan bersama klien kooperatif dan mau melakukan kegiatan yang diajarkan serta klien mau menerapkan apa yang diajarkan, selama kegiatan klien mampu menerima saran dan arahan dengan baik dan motivasi yang diberikan untuk meningkatkan citra tubuhnya.

Hasil Evaluasi keperawatan untuk keluarga didapatkan keluarga mengatakan mengetahui tentang gangguan citra tubuh klien dan keluarga mengetahui cara merawat klien dengan baik, keluarga tampak paham dengan apa yang diajarkan dengan dapat mengulangi apa yang disampaikan, keluarga kooperatif selama dilakukan latihan. Dari hasil assessment didapatkan gangguan citra tubuh klien membaik dan tindakan keperawatan gangguan citra tubuh selesai.

Hasil evaluasi keperawatan untuk diagnosa **koping tidak efektif** pada tanggal 10 Mei 2023 pukul 11:00 WIB evaluasi keperawatan untuk diagnosa koping tidak efektif didapatkan hasil, klien mampu mengenal koping yang tidak efektif, klien mampu menilai kemampuan yang dapat digunakan, klien mampu mengekspresikan perasaan yang dirasakannya dengan baik, serta perilaku maupun pikiran yang dirasakan klien. Hasil evaluasi keperawatan untuk keluarga didapatkan keluarga mampu mengetahui masalah koping tidak efektif, keluarga mengetahui cara merawat klien dengan baik, keluarga mampu membimbing klien melakukan kegiatan yang dipilih.

B. Pembahasan Kasus

Pada pembahasan kasus ini penulis akan membahas antara teori dengan laporan kasus tentang asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus dengan Ansietas di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas yang telah dilaksanakan dimulai dari tanggal 13 April sampai dengan 12 Mei 2023. Kegiatan ini terdiri dari suatu proses meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas klien

Pada kasus ini karakteristik Klien berinisial Ny.E dan berusia 55 tahun. Penyebab ansietas pada klien yaitu karena masalah kesehatan diabetes mellitus yang dialami .

b. Keluhan utama

Hasil saat dilakukan pengkajian pada klien keluhan utama yang dirasakan adalah klien merasa cemas dengan penyakit diabetes mellitus yang dialaminya klien mengatakan takut akan terjadinya komplikasi terhadap masalah kesehatan yang dialami dan pasien merasa cemas dikarenakan disekeliling pasien juga mengalami diabetes mellitus yang sudah komplikasi, Selain itu pasien juga merasa bosan dengan siklus minum obat dan mengukur kadar gula darah yang terus menerus, ditambah usia yang semakin bertambah takut keadaan akan bertambah buruk, berat badan klien semakin turun dan klien mengatakan badannya terasa semakin kurus, klien sering merasa lelah, suka mengantuk, pandangan mata kabur, dan kadang merasa pusing, klien mengatakan malu dengan keadaan sekarang badan semakin kurus dan merasa dirinya tidak tampak sehat dan bugar lagi seperti biasanya. jika gula darahnya mengalami kekambuhan dan bertambah tinggi klien mengeluhkan pusing, merasa sangat lelah dan pandangan mata semakin kabur dan dapat mengganggu aktifitas klien, sehingga klien cemas akan masalah kesehatannya tersebut, serta klien kurang mengetahui mengenai penyakit diabetes mellitus

Berdasarkan data pengkajian yang peneliti dapatkan terdapat kesesuaian penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh (Darliana, 2011) Tanda dan gejala yang sering dijumpai pada pasien DM adalah poliuria, polidipsia, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan. Selain itu gejala lain yang bisa dijumpai adalah lemah, kesemutan, gatal, mata kabut, disfungsi ereksi pada pria serta pruritus vulva pada wanita. Dan dalam penelitian dari (Fitriani, et all 2019) menjelaskan bahwa hasil penelitian yang didapatkan pada saat wawancara bahwa ketiga informan memiliki persamaan mengatakan tanda dan gejala yang sangat dirasakan adalah kepala sakit, mata kunang – kunang, rasa haus, rasa mengantuk, rasa lapar, meriang, badan lemas dan sering berkemih.

Dimana kondisi tersebut dialami oleh Ny. E sesuai dengan yang diutarakan oleh (Tarwoto, 2016) tanda dan gejala diabetes mellitus yaitu sering kencing/miksi, meningkatnya rasa haus, meningkatnya rasa lapar, penurunan berat badan, melainkan pada mata penglihatan kabur, kulit gatal, ketonuria, kelemahan dan keletihan, dan terkadang tanpa gejala.

Berdasarkan data pengkajian yang peneliti dapatkan terdapat kesesuaian penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh (Darliana, 2011) dan (Fitriani, et all 2019) dan didukung oleh teori dari (Tarwoto, 2016). Dari hasil penelitian tanda dan gejala yang terjadi pada pasien diabetes mellitus yaitu berat badan klien semakin turun dan klien mengatakan badannya terasa semakin kurus, kulit kadang suka gatal, klien sering merasa lelah, suka mengantuk, pandangan mata kabur, dan kadang merasa pusing.

Berdasarkan data pengkajian yang peneliti dapatkan terdapat kesesuaian penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh (Jauhari, 2016) Kecemasan dapat terjadi berkaitan dengan penatalaksanaan terapi yang harus dijalani seperti diet atau pengaturan makan, pemeriksaan kadar

gula darah, konsumsi obat dan juga olahraga. Selain itu, risiko komplikasi penyakit yang dapat dialami penderita juga menyebabkan terjadinya kecemasan. Kecemasan dapat menyebabkan semakin memburuknya kondisi kesehatan atau penyakit yang diderita oleh seseorang. Penderita diabetes melitus jika mengalami kecemasan yang tinggi akan mempengaruhi proses kesembuhan dan menghambat kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari. Penelitian dari (Fitriani, et all 2019) berdasarkan dari hasil pengkajian didapatkan data berdasarkan keluhan pasien yaitu cemas dengan penyakit dan kondisinya yang sekarang terkait dengan adanya komplikasi yang diderita pasien. Keluhan lain didapatkan pasien mudah marah, mudah lelah, berdebar dan gemetar. Hasil pemeriksaan tekanan darah : 140/80 mmHg, nadi 82 x/ menit, RR : 22 x/ menit, suhu : 36,3°C, dan hasil pemeriksaan GDS : 235 mgdL, dan hasil pengkajian tingkat kecemasan Zung didapatkan skor 60 (kecemasan sedang). Saat dilakukan pengkajian kontak pasien kurang dengan perawat dan menunjukkan perasaan gelisah.

Dimana kondisi tersebut dialami oleh Ny. E sesuai dengan yang diutarakan oleh (Prabowo, 2014). Stressor presdiposisi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Ketegangan tersebut dapat berupa peristiwa traumatic, konflik emosional yang dialami individu dan tidak terselesaikan dengan baik, konsep diri terganggu, frustrasi, gangguan fisik, pola mekanisme koping keluarga, riwayat gangguan kecemasan, medikasi yang dapat memicu terjadinya kecemasan.

Berdasarkan analisa, peneliti hasil pengkajian yang dilakukan pada klien sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Jauhari, 2016) (Fitriani, et all 2019) dan didukung oleh teori dari (Prabowo, 2014). Dari hasil penelitian didapatkan keluhan kecemasan yang terjadi pada pasien diabetes mellitus yaitu klien mengatakan takut akan terjadinya komplikasi terhadap masalah kesehatan yang dialami, ditambah usia yang semakin bertambah takut keadaan akan bertambah buruk.

Berdasarkan data pengkajian yang peneliti dapatkan terdapat kesesuaian penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ritongga, et all 2020) manajemen stres yang baik dapat meningkatkan manajemen diri pada penderita diabetes milletus. Penelitian tersebut dilaksanakan dengan memberikan pelatihan manajemen stres meliputi mengenali emosi, mengenal stres dan sumber stres, strategi koping, dan berlatih teknik relaksasi. Selain itu banyak hal yang diperkirakan menjadi penyebab timbulnya stres diantaranya kurang pengetahuan akan penyakit yang diderita yaitu diabetes milletus secara rinci, kurangnya informasi mengenai diabetes milletus dari petugas kesehatan, kurang istirahat dan terlalu lelah karena aktifitas yang padat, kebisingan serta lingkungan yang tidak kondusif menjadi penyebab timbulnya stres pada pasien diabetes mellitus

Peneliti mendapatkan kesesuaian dengan penelitian yang dilakukan oleh (Azhari, 2016) Manajemen stres dapat di definisikan sebagai intervensi yang dirancang untuk mengurangi efek dari stres. Stres adalah respon tubuh yang tidak spesifik terhadap setiap kebutuhan yang terganggu, suatu fenomena universal yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari dan tidak dapat dihindari, setiap orang mengalaminya, stres memberi dampak secara total pada individu yaitu terhadap fisik, psikologis, intelektual, sosial dan spiritual, stres dapat mengancam keseimbangan fisiologis

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada klien sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Ritongga, et all 2020) dan didukung oleh teori dari (Azhari, 2016). Dari hasil penelitian didapatkan Diabetes Milletus merupakan keadaan kronis yang ditandai dengan peningkatan glukosa darah dan disertai dengan munculnya gejala utama yang spesifik, yaitu urin yang berasa manis dan dalam jumlah yang besar. Stres adalah respon tubuh yang tidak spesifik terhadap setiap kebutuhan yang terganggu, suatu fenomena universal

yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari dan tidak dapat dihindari, setiap orang mengalaminya, stres memberi dampak secara total pada individu yaitu terhadap fisik, psikologis, intelektual, sosial dan spiritual, stres dapat mengancam keseimbangan fisiologis.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan yang pertama yaitu **ansietas** diagnosis ini didukung oleh Data subjektif, klien merasa cemas dengan penyakit diabetes mellitus yang dialaminya klien mengatakan takut akan terjadinya komplikasi terhadap masalah kesehatan yang dialami, ditambah usia yang semakin bertambah takut keadaan akan bertambah buruk. Data objektif, klien kooperatif saat dilakukan wawancara, tampak klien gelisah dan sedikit melamun saat ditanya tentang masalah kesehatannya, klien tampak lemas, pengkajian TTV didapat tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 85x/m, suhu tubuh 36,9 C, Pernafasan 19x/m.

Berdasarkan data pengkajian yang peneliti dapatkan terdapat kesesuaian penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh (Fitriani, et all 2019) mengatakan bahwasanya mengangkat diagnosa ansietas berdasarkan dari analisa data dimana setelah dilakukan pengkajian, didapatkan pasien merasa cemas dengan kondisi yang sekarang, mengeluh mudah marah, mudah lelah, berdebar dan gemetar, pasien tampak gelisah dan kontak kurang dengan perawat. Kemudian, dari penelitian (Auliyah, 2020) pada skoring ansietas, didapatkan skor ansietas klien adalah 18, skor tersebut membuktikan bahwa Ny.S mengalami ansietas ringan yang ditandai dengan perubahan kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial ini masih dalam batas normal. Klien kooperatif, tidak ada gangguan dalam komunikasi dan kognitif.

Dimana kondisi tersebut dialami oleh Ny. E sesuai dengan yang diutarakan oleh (Nurhalimah, 2016) Tanda dan gejala ansietas yang dapat ditemukan melalui observasi adalah sebagai berikut: ekspresi wajah terlihat tegang, rentang perhatian menyempit, perubahan tanda-tanda vital (nadi dan

tekanan darah naik), tampak sering nafas pendek, gerakan tersentak-sentak, meremas-remas tangan dan tampak bicara banyak dan lebih cepat.

Berdasarkan analisa peneliti, hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh (Fitriani, et all 2019) (Auliyah, 2020) dan didukung juga oleh teori dari (Nurhalimah, 2016). Dalam hasil penelitian diangkat diagnosa ansietas dikarenakan hasil dari pengkajian yang menunjukkan kecemasan pada klien terhadap masalah kesehatan yang dialaminya yang membuatnya cemas akan terjadinya komplikasi, sehingga klien tampak gelisah dan sedikit melamun saat ditanya.

Diagnosis keperawatan yang kedua yaitu **gangguan citra tubuh** yang didukung oleh data subjektif, klien mengatakan berat badan klien semakin turun dan klien mengatakan badannya terasa semakin kurus. Klien mengatakan malu dengan keadaan sekarang badan semakin kurus dan merasa dirinya tidak tampak sehat dan bugar lagi seperti biasanya, kulit kadang suka gatal, pasien sering merasa lelah, suka mengantuk, pandangan mata kabur, dan kadang merasa pusing. Data objektif, klien tampak kurus, dan pakaian yang biasa digunakan tampak longgar, klien tampak lemas, tampak bekas pada tangan klien akibat gatal, hasil pengukuran dari pengukuran tinggi badan klien 168 cm, berat badan klien 50 kg.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Budiman et al., 2020) dalam hasil penelitiannya mengatakan klien diabetes mellitus sering menggambarkan kesulitan menyesuaikan diri terhadap diagnosis citra tubuh. Secara khusus, klien diabetes mellitus melaporkan kesulitan seputar penerimaan terhadap perubahan tubuh akibat kondisi jangka panjang yang membutuhkan manajemen diri konstan. Ini melibatkan berbagai tanggapan dari reaksi psikologis atau tipe kesedihan terhadap penolakan dan penghindaran sehingga mengakibatkan kontrol glikemik yang buruk. Dalam penelitiannya banyak klien diabetes mellitus mengalami kesedihan akibat perubahan tubuh yang diakibatkan oleh komplikasi, mereka merasa ada yang hilang dengan tubuhnya dan merasa malu untuk bersosialisasi. Dan

dari penelitian dari (Nugroho & Rizal, 2017) menjelaskan bahwasanya gangguan citra tubuh sangat rentan terjadi pada lansia yang berkaitan dengan perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran, bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan objek yang sering kontak dengan tubuh. Faktor yang terkait dengan gangguan citra tubuh atau gambaran diri adalah perubahan fisik yang berhubungan dengan usia pada umumnya meliputi: rambut beruban, kulit keriput, gigi mulai ompong, mudah lelah, gerakan menjadi lamban, penurunan rasa dan penciuman, penglihatan mulai kabur dan pandangan berkurang.

Sejalan dengan teori dari (Yusuf et al., 2015) citra tubuh harus realistis karena semakin seseorang dapat menerima dan menyukai tubuhnya ia akan lebih bebas dan merasa aman dari kecemasan sehingga harga dirinya akan meningkat. Sikap individu terhadap tubuhnya mencerminkan aspek penting dalam dirinya misalnya perasaan menarik atau tidak, gemuk atau tidak, dan sebagainya.

Berdasarkan analisa peneliti, hasil penelitian ini sama dengan hasil dari penelitian yang dilakukan oleh (Budiman et al., 2020), (Nugroho et al., 2017) dan kemudian didukung berdasarkan teori (Yusuf et al., 2015) Peneliti mendapatkan hasil pengkajian dan data yang didapatkan tentang masalah gangguan citra tubuh yang dialami klien mengatakan berat badan klien semakin turun dan badannya terasa semakin kurus, Klien mengatakan malu dengan keadaan sekarang badan semakin kurus dan merasa dirinya tidak tampak sehat dan bugar lagi seperti biasanya. Karena perasaan yang tidak puas dirasakan tentang ukuran, dan bentuk tubuhnya tersebut membuat klien mengalami masalah gangguan citra tubuh.

Diagnosis keperawatan yang ketiga yaitu **koping tidak efektif**. Diagnosa ketiga yang peneliti angkat tidak sesuai dengan teori sebelumnya hal ini didukung oleh data subjektif dan data objektif yang penulis dapatkan dari hasil penelitian. Data subjektif : klien cenderung bereaksi terhadap masalah dan bereaksi lambat karena takut dengan keadaan kesehatannya saat ini.

Klien mengatakan tidak mengetahui cara mengatasi kecemasan yang dirasakannya. Pasien lebih sering dirumah karena menurut klien lebih nyaman dirumah. Data objektif : klien tampak lemas, klien tampak lebih sering dirumah, klien tampak sedikit melamun saat ditanya tentang masalah kesehatannya.

Berdasarkan hasil penelitian dari (Zarmi et al., 2017) yang didapatkan tentang mekanisme koping mal adaptif dikarenakan kebanyakan responden tidak mau membicarakan dengan orang lain tentang masalah kelemahan kondisi fisik karena lebih suka merasakannya sendiri. Dilihat dari penelitian (Larasati et al., 2017) pada penelitian ini didapatkan temuan koping negatif sebagai bentuk koping disamping koping positif. Bentuk koping negatif tersebut merupakan penolakan dan pengalihan. Bentuk penolakan yang dilakukan oleh informan adalah menangis dan sedih yang berkepanjangan. Hal tersebut dilakukan oleh informan dengan durasi DM di bawah satu bulan. Faktor yang mempengaruhi penolakan tersebut adalah kurangnya dukungan keluarga berupa psikis maupun secara finansial.

Sejalan dengan teori dari (Sutejo, 2016) Koping tidak efektif merupakan ketidak mampuan untuk membentuk penilaian yang valid terhadap penyebab stress, pilihan yang tidak memadai dari respon praktik atau ketidak mampuan untuk menggunakan sumber daya yang tersedia.

Dimana diagnosis yang diangkat dari hasil penelitian sama dengan penelitian yang dilakukan oleh (Zarmi et al., 2017) dan didukung teori (Sutejo, 2016) Dari hasil pengkajian dan data yang didapatkan tentang bagaimana masalah koping individu yang tidak efektif yang dialami Klien cenderung bereaksi terhadap masalah dan bereaksi lambat karena takut dengan keadaan kesehatannya saat ini. Klien mengatakan tidak mengetahui cara mengatasi kecemasan yang dirasakannya. pasien lebih sering dirumah karena menurut klien lebih nyaman dirumah.

3. Intervensi keperawatan

Dalam intervensi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti kepada klien telah dilakukan sesuai dengan strategi pelaksanaan **ansietas** yang mana pada satuan pelaksanaan pertama membantu klien mengenal ansietas mengidentifikasi dan mengurai perasaannya, menjelaskan situasi yang menyebabkan kecemasan, menyadari perilaku akibat kecemasan, dan mengajarkan klien teknik relaksasi pengalihan situasi. Sedangkan pada satuan pelaksanaan kedua yaitu mengajarkan teknik nafas dalam. Untuk satuan pelaksanaan ketiga yaitu mengajarkan teknik relaksasi otot dan untuk satuan pelaksanaan keempat Mengajarkan teknik hypnosis 5 jari pada klien. Pelaksanaan ini dilakukan secara bertahap sehingga klien dapat memahaminya. Rencana keperawatan yang dibuat oleh peneliti kepada klien dengan diagnosa ansietas tersebut memiliki tujuan yaitu klien dapat mengenal ansietas, klien dapat mengatasi ansietas melalui latihan relaksasi, klien dapat memperagakan dan menggunakan latihan relaksasi nafas dalam, teknik relaksasi otot dan teknik hipnotis 5 jari untuk mengatasi ansietas, serta melibatkan keluarga dalam latihan yang telah disusun, serta menjelaskan mengenai penyakit diabetes mellitus diantaranya pengertian diabetes mellitus, faktor risiko, penyebab, cara penatalaksanaan manajemen diabetes mellitus. Untuk rencana keperawatan pada keluarga dengan diagnosa ansietas dengan tujuan yaitu keluarga mampu mengenal masalah ansietas pada anggota keluarganya, keluarga mampu memahami proses terjadinya masalah ansietas, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami ansietas, keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan ansietas, keluarga mampu merujuk anggota keluarga yang mengalami ansietas. Rencana tindakan yang penulis susun sesuai dengan teori yang telah ada.

Berdasarkan penelitian dari (Auliyah, 2020) tentang asuhan keperawatan jiwa Ny.S dengan Masalah Psikososial Ansietas Di Desa Krajan Wilayah Kerja Puskesmas Ambulu Jember tentang intervensi keperawatan pada individu dapat diberikan pada klien yang mana strategi pelaksanaan pada klien

yaitu membina hubungan saling percaya, menyebutkan penyebab ansietas, menyebutkan yang menyertai ansietas, menyebutkan perilaku terkait ansietas, melakukan teknik pengalihan situasi, melakukan tehnik tarik nafas dalam, melakukan tehnik relaksasi otot, melakukan tehnik relaksasi lima jari. Sedangkan pada penelitian dari (Khaerunnisa et al., 2016) mengatakan intervensi yang dilakukan adalah relaksasi napas dalam, hipnotis lima jari, pemberian informasi dan distraksi sosialisasi.

Berdasarkan yang diutarakan oleh (Nurhalimah, 2016) tentang tindakan keperawatan pasien ansietas yang dapat dilakukan yaitu: Membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenal ansietas, dan mengajarkan teknik nafas dalam, mengajarkan relaksasi otot, serta melatih pasien prosedur hipnosis 5 jari.

Dalam analisa peneliti intervensi yang peneliti buat sama dengan penelitian dari (Khaerunnisa et al., 2016) dan teori dari (Nurhalimah, 2016) Pada penelitian intervensi yang penulis buat yaitu Membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenal ansietas, dan mengajarkan teknik nafas dalam, mengajarkan relaksasi otot, serta melatih pasien prosedur hipnosis 5 jari.

Rencana keperawatan dengan diagnosis **gangguan citra tubuh** bertujuan agar klien mampu Mengidentifikasi citra tubuhnya, Meningkatkan penerimaan terhadap citra tubuhnya, Mengidentifikasi aspek positif diri, Mengetahui cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh, Melakukan cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh, Berinteraksi dengan orang lain tanpa terganggu. Intervensi pada pasien yaitu membina hubungan saling percaya. Diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuhnya. Diskusikan aspek positif diri. Mendiskusikan cara meningkatkan citra tubuh. Mengevaluasi kegiatan yang dilakukan. Mengidentifikasi dan melakukan cara meningkatkan citra tubuh. Melatih pasien berinteraksi secara bertahap. Pada keluarga yaitu mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga. Menjelaskan mengenai masalah gangguan citra tubuh. Menjelaskan cara mengatasi gangguan citra

tubuh. Mengevaluasi mengenai kegiatan sebelumnya. Menyusun rencana keperawatan bersama keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh. Melatih keluarga cara merawat pasien gangguan citra tubuh.

Dilihat dari penelitian (Asih et al., 2015) dijelaskan bahwasanya intervensi pada pasien citra tubuh yaitu bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga, mengkaji perasaan/persepsi pasien tentang perubahan citra diri berhubungan dengan keadaan anggota tubuhnya yang kurang berfungsi secara normal, meningkatkan daya juang (memotivasi), menunjukkan rasa empati, perhatian dan penerimaan terhadap pasien, membantu klien mengadakan hubungan dengan orang lain, memberi kesempatan pasien untuk mengekspresikan perasaan kehilangan, memberi dorongan dalam pemecahan masalah yang konstruktif dari pasien, mengajarkan keluarga klien agar mampu menerima keadaan, serta mengajarkan komunikasi yang efektif dilakukan terus-menerus, serta selalu mengajarkan untuk menghargai setiap pendapat klien, mengajarkan keluarga klien merawat klien pada saat dirumah, seperti mengganti underpet jika dirasa mulai mrembes. kesenjangan pada klien 1 perlu ditambahkan menaruh bubuk kopi dibawah tempat tidur. Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Jati et al., 2016) dikatakan bahwasanya intervensi generalis gangguan citra tubuh dilakukan untuk membantu klien gangguan citra tubuh dengan cara mengenal bagian tubuh yang dirasa terganggu, mengidentifikasi bagian tubuh yang berfungsi dan yang dirasa terganggu, mengafirmasi bagian tubuh yang sehat dan tidak terganggu, dan memotivasi untuk melatih bagian tubuh yang dirasa terganggu.

Berdasarkan analisa yang diutarakan oleh (Nurhalimah, 2016) tentang tindakan keperawatan psikososial pasien dengan gangguan citra tubuh adalah diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuhnya dahulu dan saat ini, perasaan dan harapan terhadap citra tubuhnya saat ini. Motivasi klien untuk melihat bagian tubuh yang hilang secara bertahap. Diskusikan aspek positif diri. Bantu Pasien untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu (misalnya menggunakan anus buatan dari hasil kolostomi). Ajarkan Pasien

meningkatkan citra tubuh dengan cara: motivasi Pasien untuk melakukan aktivitas yang mengarah pada pembentukan tubuh yang ideal, Gunakan protese, wig (rambut palsu), kosmetik atau yang lainnya sesegera mungkin,gunakan pakaian yang baru, Motivasi pasien untuk melihat bagian yang hilang secara bertahap, Bantu pasien menyentuh bagian tersebut. Lakukan interaksi secara bertahap dengan cara: Susun jadwal kegiatan sehari-hari, Motivasi untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan terlibat dalam aktivitas keluarga dan social, Motivasi untuk mengunjungi teman atau orang lain yang berarti atau mempunyai peran penting baginya, Berikan pujian terhadap keberhasilan Pasien melakukan interaksi.

Dimana analisa peneliti intervensi yang peneliti buat didukung oleh teori dari (Nurhalimah, 2016) yang mana pada penelitian intervensi pada pasien gangguan citra tubuh intervensi pada pasien yaitu membina hubungan saling percaya. Diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuhnya. Diskusikan aspek positif diri. Mendiskusikan cara meningkatkan citra tubuh. Mengevaluasi kegiatan yang dilakukan. Mengidentifikasi dan melakukan cara meningkatkan citra tubuh. Melatih pasien berinteraksi secara bertahap. Sedangkan pada keluarga yaitu mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga .menejelaskan mengenai masalah gangguan citra tubuh. Menjelaskan cara mengatasi gangguan citra tubuh.Mengevaluasi mengenai kegiatan sebelumnya. Menyusun rencana keperawatan bersama keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh. Melatih keluarga cara merawat pasien gangguan citra tubuh.

Diagnosis **koping tidak efektif** memiliki strategi pelaksanaan keperawatan yang terdiri dari tindakan keperawatan untuk pasien dan juga keluarga untuk pasien: membantu pasien mengenal koping individu tidak efektif dan mengajarkan koping yang konstruktif berbicara dengan orang lain. Mengajarkan koping konstruktif kegiatan yang disukai. Mengajarkan koping konstruktif olahraga. Strategi pelaksanaan untuk keluarga. Diskusikan tentang tanda dan gejala, dan penyebab koping tidak efektif,

diskusikan cara merawat klien dengan koping tidak efektif dengan membantu klien mengenal koping tidak efektif dan bicara dengan orang lain. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing klien dalam melaksanakan aktivitas berbicara dengan orang lain, bersama keluarga melatih klien dalam melakukan aktifitas yang disenangi. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing klien melaksanakan aktivitas yang disenangi, bersama keluarga melatih aktivitas olahraga.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Widayati et al., 2015) mengatakan Intervensi pelatihan strategi koping dilaksanakan satu kali pada kelompok perlakuan dengan memberikan materi tentang perawatan diri diabetes dan latihan manajemen stres dengan relaksasi otot progresif dan teknik nafas dalam. Setelah itu dilanjutkan dengan diskusi mengenai kendala atau kesulitan dalam perawatan diri dan alternatif solusi yang bisa dilakukan. Penelitian yang dilakukan oleh (Sutinah, 2019) yaitu pada minggu pertama peneliti dan asisten peneliti melakukan pre test dan sekaligus pelaksanaan terapi dengan metode ceramah, berzdikir dan berdoa hal ini berlangsung selama 1 bulan, terapi dilakukan 45-60 menit dilakukan di ruangan tertutup.

Sejalan dengan teori dari (Zaini, 2019) secara spesifik tujuan tindakan keperawatan pada klien dengan koping tidak efektif adalah supaya pasien mampu mengenal koping tidak efektif, mampu mengatasi koping tidak efektif, mampu memperagakan dan menggunakan koping yang konstruktif. Untuk mencapai tujuan tersebut intervensi keperawatan dengan koping tidak efektif dilakukan pada klien dan keluarga.

Dimana analisa peneliti intervensi penelitian sasuai dengan teori dari (Zaini, 2019) Pada intervensi yang dibuat bertujuan untuk mengenal masalah koping tidak efektif dan mengatasi masalah koping pada yang masalah koping tidak efektif.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang penulis lakukan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dan penulis dapat melaksanakan rencana tindakan keperawatan yang telah penulis susun. Pada diagnosa keperawatan **ansietas** implementasi yang penulis lakukan memiliki tujuan agar klien mampu mengenal masalah ansietas yang dialami klien. Tindakan keperawatan yang telah penulis lakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah penulis susun sebelumnya yaitu, Membantu klien mengenal ansietas mengidentifikasi dan mengurai perasaannya, menjelaskan situasi yang menyebabkan kecemasan, menyadari perilaku akibat kecemasan, dan mengajarkan klien teknik relaksasi pengalihan situasi. Mengajarkan teknik nafas dalam. Mengajarkan teknik relaksasi otot. Mengajarkan teknik hypnosis 5 jari. Untuk implementasi manajemen diabetes mellitus diantaranya menjelaskan mengenai penyakit diabetes mellitus, pengertian diabetes mellitus, faktor risiko, penyebab, cara penatalaksanaan manajemen diabetes mellitus, dalam mengurangi ansietas belum sepenuhnya tercapai. Adapun implementasi yang dilakukan untuk keluarga yang dilakukan yaitu Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala proses terjadinya ansietas, mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan teknik pengalihan situasi. Mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan latihan relaksasi dengan napas dalam. Mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan teknik relaksasi mengerutkan, dan mengendurkan otot. Mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan teknik relaksasi Menghipnotis diri sendiri (latihan lima jari).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Auliyah, 2020) Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan selama 4 hari kunjungan, diantaranya: SP1 pasien membina hubungan saling percaya Menyebutkan penyebab ansietas menyebutkan situasi yang menyertai ansietas Menyebutkan perilaku terkait ansietas Melakukan tehnik pengalihan situasi. SP 2 pasien melakukan tehnik tarik napas dalam. SP 3 pasien melakukan tehnik relaksasi otot. SP 4 pasien Melakukan tehnik relaksasi lima jari. SP 1 keluarga Menyebutkan

pengertian ansietas Menyebutkan tanda dan gejala ansietas Menyebutkan penyebab ansietas. SP 2 keluarga menyebutkan latihan relaksasi. SP 3 keluarga melatih pasien tehnik pengalihan situasi Melatih pasien tehnik tarik napas dalam melatih pasien tehnik relaksasi otot Melatih pasien tehnik hipnotis lima jari. SP 4 keluarga menyebutkan perilaku pada pasien yang perlu segera dirujuk menyebutkan cara merujuk. Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Fitriani et al., 2019) Implementasi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini yaitu mengidentifikasi terjadinya perubahan tingkat kecemasan, memberikan informasi faktual terkait penyakitnya, menginstruksikan klien untuk menggunakan tehnik relaksasi, menggambarkan rasionalisasi dan manfaat relaksasi serta jenis relaksasi yang tersedia, mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup, menunjukkan dan praktikkan tehnik relaksasi pada klien.

Dimana teori yang di utarakan oleh (Nurhalimah, 2016) tindakan keperawatan pada pasien yaitu Membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenal ansietas, dan mengajarkan tehnik nafas dalam, mengajarkan relaksasi otot, serta melatih pasien prosedur hipnosis 5 jari. Sejalan teori dari (Yusuf et al., 2015) tindakan keperawatan kepada keluarga yaitu Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien. Diskusikan tentang proses terjadinya ansietas serta tanda dan gejala. Diskusikan tentang penyebab dan akibat dari ansietas. Diskusikan cara merawat pasien dengan ansietas dengan cara mengajarkan tehnik relaksasi : Mengalihkan situasi, latihan relaksasi dengan nafas dalam, mengerutkan, dan mengendurkan otot, menghipnotis diri sendiri (latihan lima jari). Diskusikan dengan keluarga perilaku pasien yang perlu dirujuk dan bagaimana merujuk pasien.

Sejalan analisa peneliti implementasi yang peneliti lakukan sejalan dengan teori dari (Nurhalimah, 2016) dan (Yusuf et al., 2015) yang mana implementasi yang dilakukan pada pasien yaitu Membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenal ansietas, dan mengajarkan tehnik nafas

dalam, mengajarkan relaksasi otot, serta melatih pasien prosedur hipnosis 5 jari.

Diagnosis kedua **gangguan citra tubuh** penulis telah melakukan implementasi keperawatan yaitu membina hubungan saling percaya. Diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuhnya. Diskusikan aspek positif diri. Mendiskusikan cara meningkatkan citra tubuh. Mengevaluasi kegiatan yang dilakukan, mengidentifikasi dan melakukan cara meningkatkan citra tubuh, melatih pasien berinteraksi secara bertahap. Sedangkan implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada keluarga dengan Gangguan citra tubuh yaitu mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga, menjelaskan mengenai masalah gangguan citra tubuh. Menjelaskan cara mengatasi gangguan citra tubuh. Mengevaluasi mengenai kegiatan sebelumnya, Menyusun rencana keperawatan bersama keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh, melatih keluarga cara merawat pasien gangguan citra tubuh.

Berdasarkan Penelitian dari (Asih et all., 2015) implementasi gangguan citra tubuh yang dilakukan Pada hari ke 1, 2 dan 3 implementasi yang diberikan pada kasus 1 dan kasus 2 sama yaitu membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga, mengkaji perasaan/persepsi pasien tentang perubahan citra diri berhubungan dengan keadaan anggota tubuhnya yang kurang berfungsi secara normal, meningkatkan daya juang (memotivasi). Sedangkan pada hari berikutnya ada perbedaan intervensi pada kasus 1 dan kasus 2. Pada kasus 1 ditambahkan menaruh bubuk kopi dibawah tempat tidur sedangkan kasus 2 tidak karena keluarga klien kasus 2 sudah terlebih dahulu menaruh bubuk kopi dibawah tempat tidur sebelum dilakukan intervensi. Penelitian yang dilakukan oleh (Jati et al., 2016) Pada saat proses penelitian, peneliti memberikan intervensi generalis kepada setiap responden sebanyak 3 kali (3 kali pertemuan) dalam 1 bulan. Tetapi ada 5 responden yang harus 4 kali pertemuan, karena harus mengulang pada SP 1 yaitu pada saat latihan afirmasi untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang dirasa terganggu: melihat, menyentuh, dan memotivasi. Hal ini terjadi

karena pada saat peneliti memberikan SP, mereka tidak dapat hanya berkonsentrasi dengan proses tersebut, dikarenakan malu terhadap dirinya sendiri ketika melihat di cermin dan lingkungan sekitar.

Dimana teori yang diutarakan oleh (Keliat et al., 2011) tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan gangguan citra tubuh yaitu SP 1 pasien: membina hubungan saling percaya. Diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuhnya. Diskusikan aspek positif diri. Mendiskusikan cara meningkatkan citra tubuh. SP 2 pasien: mengevaluasi kegiatan yang dilakukan. Mengidentifikasi dan melakukan cara meningkatkan citra tubuh. Melatih pasien berinteraksi secara bertahap. Untuk keluarga SP 1 keluarga: mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga. Menjelaskan mengenai masalah gangguan citra tubuh. Menjelaskan cara mengatasi gangguan citra tubuh. SP 2 keluarga: mengevaluasi mengenai kegiatan sebelumnya. Menyusun rencana keperawatan bersama keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh. Melatih keluarga cara merawat pasien gangguan citra tubuh.

Berdasarkan analisa peneliti implementasi yang penulis lakukan sama dengan teori dari (Keliat et al., 2011) sesuai dengan strategi pelaksanaan yang telah dibuat mendiskusikan tentang gangguan citra tubuh pasien, mengidentifikasi aspek yang dimiliki, melatih klien berinteraksi secara bertahap, menjelaskan kepada keluarga mengenai gangguan citra tubuh dan cara mengatasi serta merawat pasien.

Diagnosis **koping tidak efektif** memiliki strategi pelaksanaan keperawatan yang terdiri dari tindakan keperawatan untuk pasien dan juga keluarga. Untuk pasien: membantu pasien mengenal koping tidak efektif dan mengajarkan koping yang konstruktif berbicara dengan orang lain. Mengajarkan koping konstruktif kegiatan yang disukai. Mengajarkan koping konstruktif olahraga. Strategi pelaksanaan untuk keluarga yaitu diskusikan tentang tanda dan gejala, dan penyebab koping tidak efektif, diskusikan cara merawat klien dengan koping tidak efektif dengan membantu klien

mengenal koping tidak efektif dan bicara dengan orang lain. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing klien dalam melaksanakan aktivitas berbicara dengan orang lain, bersama keluarga melatih klien dalam melakukan aktifitas yang disenangi. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing klien melaksanakan aktivitas yang disenangi, bersama keluarga melatih aktivitas olahraga.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Widayati et al.,2015) Pada penelitian pelatihan strategi koping dilakukan dengan memberikan pendidikan tentang perawatan diri diabetes dan teknik manajemen stres yaitu relaksasi otot progresif dan nafas dalam kepada responden. Setelah itu dilanjutkan dengan diskusi mengenai kendala atau kesulitan dalam perawatan diri yang dihadapi responden dan alternatif pemecahan masalah yang bisa dilakukan. Penelitian dari (Sutinah, 2019) Terapi psikoreligi yang dilakukan dengan metode ceramah 3 kali yaitu pada pertemuan 1, 2, 3, berdzikir 3 kali pada pertemuan 4, 5, 6, berdoa 3 kali pertemuan yaitu pada pertemuan 7, 8, 9. Penggunaan teknik berdzikir berperan dalam menurunkan intensitas tanda dan gejala skizofrenia terutama pada aspek kognitif dan afektif. Penggunaan teknik doa meningkatkan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan yang merupakan stressor psikososial, ceramah keagamaan merupakan terapi psikiatrik setingkat lebih tinggi daripada psikoterapi guna peningkatan integrasi kesehatan jiwa.

Dimana teori yang diutarakan oleh (Zaini, 2019) intervensi keperawatan pada klien dengan koping individu tidak efektif yaitu kaji status koping yang digunakan pasien, berikan dukungan jika pasien mampu mengungkapkan perasaannya, motivasi klien untuk melakukan evaluasi perilakunya sendiri, bantu pasien untuk memecahkan masalah, dengan cara yang konstruktif, ajarkan alternative koping yang konstruktif.

Hasil analisa peneliti implementasi yang penulis lakukan sesuai dengan teori dari (Zaini, 2019) tindakan keperawatan pada klien dengan koping tidak efektif yaitu kaji status koping yang digunakan pasien, berikan dukungan

jika pasien mampu mengungkapkan perasaannya, motivasi klien untuk melakukan evaluasi perilakunya sendiri, bantu pasien untuk memecahkan masalah, dengan cara yang konstruktif, ajarkan alternative coping yang konstruktif

5. Evaluasi

Hasil Evaluasi keperawatan yang peneliti dapatkan dari ketiga diagnosa yang pertama pada diagnosa **ansietas** yaitu pada klien setelah dilakukan implementasi didapatkan klien sudah mampu mengenali ansietas yang dialaminya, klien mampu untuk menerapkan teknik-teknik relaksasi yang telah diajarkan kepada klien untuk mengatasi ansietasnya, klien mengatakan ansietasnya berkurang setelah melakukan teknik yang telah diajarkan. Selama berinteraksi klien kooperatif dengan penulis serta mampu menanggapi dengan baik apa yang disampaikan serta mau menerima saran atau motivasi yang diberikan. Evaluasi untuk keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan yang diajarkan kepada keluarga, keluarga telah mampu mengenal masalah ansietas yang dialami klien, keluarga mampu mengetahui cara merawat anggota keluarganya dengan baik, serta mampu membantu mengatasi kecemasan klien dengan teknik relaksasi yang sebelumnya telah diajarkan.

Berdasarkan Penelitian dari (Fitriani et al., 2019) Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 3 hari didapatkan hasil sebelum dan sesudah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam terjadi penurunan kecemasan. Perubahan tingkat kecemasan dari tingkat sedang menjadi normal/ tidak cemas membuktikan terapi relaksasi nafas dalam efektif untuk menurunkan kecemasan.

Sedangkan dalam penelitian dari (Auliyah, 2020) Evaluasi pertemuan pertama, didapatkan data subyektif, yaitu klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun di malam hari. Klien juga mengatakan lebih tenang karena mengerti apa yang harus dilakukan saat mengalami cemas setelah melakukan latihan teknik pengalihan situasi. Data obyektif, yaitu klien

kooperatif, terlihat gelisah, kontak mata tidak ada dan melamun saat berbicara tentang penyakitnya. klien dapat menyebutkan penyebab ansietas, menyebutkan situasi yang menyertai ansietas, menyebutkan perilaku yang tepat untuk mengatasi ansietas, dan dapat memeragakan teknik pengalihan situasi. Evaluasi hari kedua diperoleh data subyektif, klien mengatakan merasa cemas di malam hari, sehingga susah tidur dan terbangun di malam hari dan mengatakan lebih tenang setelah mengetahui teknik tarik napas dalam. Data obyektif, yaitu klien terlihat lebih tenang setelah melakukan teknik tarik napas dalam, kooperatif, wajah rileks, kontak mata ada. Evaluasi hari ketiga, diperoleh data subyektif, yaitu klien mengatakan bisa tidur cepat dan lebih tenang setelah mengetahui teknik relaksasi otot. Data obyektif, yaitu klien terlihat lebih tenang setelah melakukan teknik relaksasi otot, kooperatif, wajah rileks, kontak mata ada. klien dapat melakukan teknik relaksasi otot sesuai dengan kemampuannya. Evaluasi hari keempat, diperoleh data subyektif, klien mengatakan tenang dan bisa mengatasi cemas dengan melakukan teknik yang diajarkan sebelumnya. klien tidak susah tidur. Data obyektif, yaitu klien terlihat tenang, tidak melamun dan tidak terlihat gelisah saat berbicara tentang penyakitnya, wajah rileks, kontak mata ada. Klien dapat melakukan teknik relaksasi lima jari, klien dapat melakukan keempat teknik untuk mengatasi kecemasan dengan baik. Masalah teratasi, perawat menganjurkan Menganjurkan klien untuk selalu melakukan teknik yang sudah diajarkan setiap hari.

Berdasarkan teori yang diutarakan dari (Yusuf et al., 2015) evaluasi tindakan keperawatan ansietas Pasien dapat mengenal ansietas, Pasien dapat mengatasi ansietas melalui latihan relaksasi: tarik nafas dalam dan distraksi lima jari, Pasien dapat memperagakan dan menggunakan latihan relaksasi untuk mengatasi ansietas, Melibatkan Keluarga dalam latihan yang telah disusun.

Berdasarkan analisa peneliti dari hasil penelitian sama dengan teori (Yusuf et al., 2015) dari Pada hasil penelitian didapatkan pasien mampu mengenali ansietas yang dialaminya, klien mampu untuk menerapkan teknik-teknik

relaksasi yang telah diajarkan kepada klien untuk mengatasi ansietasnya, klien mengatakan ansietasnya berkurang setelah melakukan teknik yang telah diajarkan. Selama berinteraksi klien kooperatif dengan penulis serta mampu menanggapi dengan baik apa yang disampaikan serta mau menerima saran atau motivasi yang diberikan.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa **gangguan citra tubuh** didapatkan klien memahami tentang masalah gangguan citra tubuhnya, klien dapat mengetahui aspek positif diri yang dimiliki untuk meningkatkan citra tubuh klien, serta klien mampu berinteraksi dengan baik, selama dilakukan latihan bersama klien kooperatif dan mau melakukan kegiatan yang diajarkan serta klien mau menerapkan apa yang diajarkan. Selama kegiatan klien mampu menerima saran dan arahan dengan baik dan motivasi yang diberikan untuk meningkatkan citra tubuhnya. Hasil Evaluasi keperawatan untuk keluarga didapatkan hasil keluarga mampu mengetahui tentang gangguan citra tubuh klien dan keluarga mampu untuk mengetahui cara merawat klien dengan baik.

Berdasarkan penelitian dari (Asih et al, 2015) Evaluasi yang dilakukan selama 3 hari memberikan implementasi membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga, mengkaji perasaan/persepsi pasien tentang perubahan citra diri berhubungan dengan keadaan anggota tubuhnya yang kurang berfungsi secara normal, meningkatkan daya juang (memotivasi), menunjukkan rasa empati, perhatian dan penerimaan terhadap pasien, membantu klien mengadakan hubungan dengan orang lain, memberi kesempatan pasien untuk mengekspresikan perasaan kehilangan, memberi dorongan dalam pemecahan masalah yang konstruktif dari pasien. mengajarkan keluarga klien agar mampu menerima keadaan, serta mengajarkan komunikasi yang efektif dilakukan terus-menerus, serta selalu mengajarkan untuk menghargai setiap pendapat klien, mengajarkan keluarga klien merawat klien pada saat dirumah, seperti mengganti underpet jika dirasa mulai mrembes, kesenjangan kasus 1 menyarankan keluarga agar memberikan bubuk kopi dibawah tempat tidur klien. Dan penelitian yang

dilakukan oleh (Jati et al., 2016) didapatkan hasil penelitian sesudah di berikan intervensi generalis gangguan citra tubuh mengalami perubahan yang sebelumnya negatif menjadi positif. Hal ini membuktikan bahwa intervensi yang dilakukan berhasil dalam mengatasi gangguan citra tubuh.

Dimana teori yang diutarakan oleh (Nurhalimah, 2016) Setelah melakukan tindakan keperawatan. Langkah selanjutnya adalah melakukan evaluasi keperawatan. Keberhasilan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh tampak dari kemampuan pasien untuk Mengungkapkan persepsi tentang citra tubuhnya, dulu dan saat ini. Mengungkapkan perasaan tentang citra tubuhnya dan harapan tentang citra tubuhnya saat ini. Meminta bantuan keluarga dan perawat untuk melihat dan menyentuh bagian tubuh secara bertahap. Mendiskusikan aspek positif diri. Pasien meminta untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu (misalnya menggunakan anus buatan dari hasil kolostomi).

Berdasarkan analisa peneliti hasil penelitian ini sama dengan teori (Nurhalima, 2016). Pada hasil penelitian didapatkan klien memahami tentang masalah gangguan citra tubuhnya, klien dapat mengetahui aspek positif diri yang dimiliki untuk meningkatkan citra tubuh klien, serta klien mampu berinteraksi dengan baik. selama dilakukan latihan bersama klien kooperatif dan mau melakukan kegiatan yang diajarkan serta klien mau menerapkan apa yang diajarkan.

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa **koping tidak efektif** didapatkan hasil, klien mampu mengenal koping yang tidak efektif, klien mampu menilai kemampuan yang dapat digunakan, klien mampu mengekspresikan perasaan yang dirasakannya dengan baik, serta perilaku maupun pikiran yang dirasakan klien. Hasil evaluasi keperawatan untuk keluarga didapatkan keluarga mampu mengetahui masalah koping tidak efektif, keluarga mengetahui cara merawat klien dengan baik, keluarga mampu membimbing klien melakukan kegiatan yang dipilih.

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh (Widayati et al., 2015) Hasil

penelitian menunjukkan pelatihan strategi koping berpengaruh signifikan terhadap manajemen perawatan diri pasien diabetes melitus tipe 2. Nilai rerata kelompok perlakuan. Penelitian dari (Sutinah, 2019) Hasil penelitian diketahui bahwa setelah dilakukan terapi psikoreligi dengan metode ceramah, doa dan dzikir mekanisme koping responden sebagian besar mengalami koping adaptif. Di mana responden mempunyai kemampuan bisa bekerja sama dengan orang lain, mencoba menyelesaikan pekerjaan, menganggap masalah sebagai pengalaman positif dan jika menghadapi masalah maka responden akan mendapatkan inisiatif untuk menyelesaikannya.

Dimana teori yang diutarakan oleh (Zaini, 2019) evaluasi pada klien meliputi kemampuan dalam mengenal koping yang tidak efektif, kemampuan dalam mengatasi kemampuan koping yang tidak efektif, kemampuan untuk memeperagakan dan menggunakan koping yang konstruktif. Sedangkan evaluasi pada keluarga meliputi kemampuan dalam mengenal masalah koping yang tidak efektif pada anggota keluarga, kemampuan dalam memahami proses terjadinya masalah koping yang tidak efektif, kemampuan dalam merawat keluarga yang mengalami koping tidak efektif, kemampuan dalam memeperagakan cara merawat pasien dengan koping tidak efektif, serta kemampuan menunjukkan anggota keluarga yang mengalami koping tidak efektif.

Berdasarkan analisa peneliti hasil penelitian sama dengan teori dari (Zaini, 2019). Dari hasil evaluasi yang didapatkan klien mampu mengenal koping yang tidak efektif, klien mampu menilai kemampuan yang dapat digunakan, keluarga mengetahui tentang koping tidak efektif dan cara merawat pasien dengan koping tidak efektif

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ansietas di wilayah kerja puskesmas andalas tahun 2023, penulis dapat mengambil kesimpulan:

1. Hasil pengkajian didapatkan klien merasa cemas dengan penyakit diabetes mellitus yang dialaminya klien mengatakan takut akan terjadinya komplikasi terhadap masalah kesehatan yang dialami, ditambah usia yang semakin bertambah takut keadaan akan bertambah buruk. Klien kooperatif saat dilakukan wawancara, tampak klien gelisah dan sedikit melamun saat ditanya tentang masalah kesehatannya, klien tampak lemas.
2. Rumusan diagnosa yang penulis angkat berdasarkan dari hasil pengkajian yang telah dilakukan kepada klien yaitu Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri, Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan struktur/bentuk tubuh, Koping tidak efektif berhubungan dengan Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah, Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurangnya kontrol tidur
3. Rencana tindakan yang telah penulis disusun dan dilakukan pada klien yaitu membuat strategi pelaksanaan ansietas yaitu menjelaskan mengenai strategi pelaksanaan 1 mengenal masalah, sp 2 mengajarkan latihan nafas dalam, sp 3 mengajarkan teknik relaksasi otot, sp 4 mengajarkan teknik hipnotis 5 jari ansietas, gangguan citra tubuh yaitu sp1 mendiskusikan aspek positif pada diri klien, sp 2 melatih pasien berinteraksi secara bertahap dan koping tidak efektif sp 1 mengajarkan koping yang konstruksi berbicara dengan orang lain, sp 2 melatih kegiatan yang disukai.
4. Implementasi dilakukan selama 2 minggu dalam waktu 1 bulan yaitu dari tanggal 13 April 2023 sampai dengan 12 Mei 2023 dengan kunjungan

sebanyak 10 kali berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat . Implementasi dilakukan dengan metode konseling, diskusi, demonstrasi, dan pendidikan kesehatan. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu membuat strategi pelaksanaan ansietas yaitu menjelaskan mengenai strategi pelaksanaan 1 mengenal masalah, sp2 mengajarkan latihan nafas dalam, sp3 mengajarkan teknik relaksasi otot, sp4 mengajarkan teknik hipnotis 5 jari ansietas, gangguan citra tubuh yaitu sp1 mendiskusikan aspek positif pada diri klien, sp 2 melatih pasien berinteraksi secara bertahap dan koping tidak efektif sp 1mengajarkan koping yang konstruksi berbicara dengan orang lain, sp2 melatih kegiatan yang disukai

5. Peneliti melakukan evaluasi kepada partisipan dan keluarga pada tanggal 13 April 2023 sampai 12 Mei 2023, setiap selesai melakukan implementasi dengan membuat catatan perkembangan dengan metode SOAP. Peneliti juga melakukan evaluasi keseluruhan sebelum terminasi mengenai apa yang didiskusikan pada pertemuan - pertemuan sebelumnya, sehingga klien dan keluarga sudah mampu untuk melakukan tindakan yang telah dilatih secara mandiri dan berinteraksi dengan baik dengan orang lain dan lingkungan. Keluarga diharapkan mampu memahami ansietas, gangguan citra tubuh dan harga diri rendah yang dialami klien serta mampu merawat keluarga yang memiliki masalah tersebut. Serta mampu melakukan follow up jika terjadi kekambuhan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Pimpinan Puskesmas Andalas Kota Padang

Melalui pimpinan Puskesmas Andalas Kota Padang hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai tambahan informasi pada pemegang program pelayanan kesehatan PTM dan psikososial dalam mengembangkan program puskesmas terkait ansietas pada penderita diabetes mellitus seperti program tentang kesehatan dan psikologis diabetes mellitus dengan menambah ilmu kepada perawat tentang ansietas, kemudian melakukan

screening kepada penderita diabetes mellitus melalui kegiatan posbindu, dan melakukan penyelesaian masalah kesehatan dan psikologis klien

2. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan dapat dijadikan sebagai data dasar bagi peneliti selanjutnya sehingga bisa menjadi bahan perbandingan dalam mengembangkan kasus asuhan keperawatan ansietas dan dapat diterapkan sebagai acuan terutama dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dengan ansietas baik untuk individu klien maupun keluarga. Serta diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat menjelaskan mengenai manajemen diabetes mellitus dalam mengurangi ansietas.

3. Bagi institusi pendidikan poltekkes kemenkes Padang

Hasil dari karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi sumbangan pikiran dalam ilmu pengetahuan dalam penerapan asuhan keperawatan dengan masalah ansietas pada institusi pendidikan poltekkes kemenkes padang.

4. Bagi puskesmas andalas

Bagi puskesmas andalas diharapkan karya ilmiah ini dapat dijadikan pengembangan dan pemberian asuhan dalam program pelaksanaan keperawatan terutama dengan masalah ansietas.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, N. C., Widayati, N., & Sutawardana, J. H. (2020). Peran Perawat sebagai Edukator terhadap Persepsi Sakit pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Kabupaten Jember. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 6(1). <https://doi.org/10.17509/jpki.v6i1.24364>
- Asih, J. A., & Dwiningtyas, M. (2015). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Yang Mengalami Ganggren Dengan Gangguan Citra Diri Di Paviliun Dahlia Rsud Jombang. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 1(2), 63–26.
- Budiman, M. E. A., Yusuf, A., & Suhardiningsih, A. S. (2020). Hubungan Ulkus Diabetik Dengan Citra Tubuh Klien Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Penelitian Kesehatan "Suara Forikes" (Journal Of Health Research "Forikes Voice")*, 11 (3), 283.
- Bakri, M. H. (2021). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Pustaka Mahardika
- Bustam, N. (2015). *Manajemen Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Jakarta : Pustaka Naional RI: Katalog dalam terbitan
- Choir, H. M. (2021). Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Ulkus Diabetikum yang Menjalani Home Care Di Klinik Rumah Luka Semarang.
- Dafriani, P. (2016). Hubungan Obesitas Dan Umur Dengan Kejadian Diabetes Mellitus Tipe Ii. *Jurnal Kesehatan Medika Sainatika*, 8(2), 1–8.
- Darlina, D. (2011). Manajemen Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus. *Idea Nursing Journal*, 2(2), 132–136.
- Dinas Kesehatan Kota Padang. (2021). *Profil Kesehatan Kota Padang*.
- Federation, I. D. (2019). *IDF Diabetes Atlas Ninth*.
- Fitriani, H. N., & Nusantoro, A. P. (2019). Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Melitus Tipe Ii Dalam Pemenuhan Kebutuhan Keamanan. *In Program Studi D3 Keperawatan Stikes Kusuma Husada Surakarta*.
- Jati, E. M., Suerni, T., & Sawab. (2016). *Pengaruh Intervensi Generalis Gangguan Citra Tubuh Terhadap Citra Tubuh Siswa Obesitas Di Sma Virgo Fidelis Kecamatan Bawen*. <http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id>
- Jauhari. (2016). Dukungan Sosial Dan Kecemasan Pada Pasien Diabetes Melitus. *The Indonesian Journal Of Health Science*, 7(1), 64–76.
- Jeharu, A. F., Hepilita, Y., & Fredi Daar, G. (2021). Literatur Review : Hubungan Kecemasan Dengan Kadar Gula Darah Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *48 Jwk*, 6(1), 2548–4702.

- Keliat, B. A., Helena, N., Farida, P., & (Eds.). (2011). *Manajemen Keperawatan Psikososial Dan Kader Kesehatan Jiwa: Cmh (Intermediate Course. Egc.*
- Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan praktik praktik keperawatan kesehatan jiwa Stuart.* Elsevier Singapore.
- Kemenkes RI. (2019). Buku Pintar Kader Posbindu. *Buku Pintar Kader Posbindu*, 1–65.
- Khaerunnisa, T., & Putri, Y. S. E. (2016). Penerapan Asuhan Keperawatan Ansietas Pada Pasien Gagal Ginjal Jantung Kongesif. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 4(2), 74–82.
- Kholifah, S. (2016). *Keperawatan Gerontik* (S. Khofifah (ed.); 1st ed.). Pusdik SDM Kesehatan.
- Kusuma. (2017). *Gejala Diabetes dan penanganannya.*
- Larasati, T., Saputra, O., Lisiswanti, R., & Rahmania, H. (2017). Strategi Koping Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2: Studi Kualitatif. *Jurnal Agromed Unila*, 4(1).
- Lestari, Zulkarnain, & Sijid, S. A. (2021). Diabetes Melitus: Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan. *UIN Alauddin Makassar*, November, 237–241. <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb>
- Lestary, I. P., Hasanah, U., & Dewi, N. R. (2021). Penerapan Active Lower ROM Terhadap Nilai Ankle Brachial Index Pasien DM Tipe 2. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(July), 1–23.
- Manurung, S. S., Ritonga, I. L., & Damanik, H. (2020). *Keperawatan gerontik* (1st ed.). Penerbit Deepublish.
- Marasabessy nur baharia, Nasela sitti johri, A. la syam. (2022). *pencegahan penyakit diabetes melitus(DM) tipe 2.* https://books.google.com/books/about/PENCEGAHAN_PENYAKIT_DIABETES_MELITUS_DM.html?hl=id&id=z3cREAAAQBAJ
- Masturah, Imas, Anggita, N. (2018). *METODOLOGI PENELITIAN KESEHATAN.*
- Maulasari, Y. (2017). Tingkat Kecemasan pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 1(3), 84–94. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>
- Muzakki, M. A., Aeni, Q., & Takarina, B. (2016). Gambaran Respons Psikososial Mahasiswa Progam Studi Ilmu Keperawatan Stikes Kendal Tingkat Akhir Dalam Penyusunan Skripsi. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 4(2), 141–146. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/4401>

- Nasution, F., Andilala, & Siregar, A. A. (2021). *Faktor risiko kejadian Diabetes Mellitus*. 4(1), 88–100.
- Nugroho, M. D., & Rizal, A. (2017). Citra Tubuh Dengan Depresi Pada Lansia Wanita. *Jurnal Imu Keperawatan*, 7(2).
- Nurhalimah. (2016). *Modul bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa*. Badan Ppsdm Kementerian Kesehatan Indonesia.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Purwanto, H. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Medikal Bedah II*. Badan Ppsdm Kementerian Kesehatan Indonesia. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- Rikesdas. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Kementrian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Sutejo. (2016). *Keperawatan Jiwa*. Pustaka Baru Press.
- Sutinah. (2019). Pengaruh Terapi Psikoreligi Terhadap Mekanisme Koping Klien Skizofrenia. *Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 4(2), 311–318.
- Tarwoto. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*.). Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin.
- Widagdo, W. (2016). *Keperawatan keluarga dan komunitas* (1st ed.). Pusdik SDM Kesehatan.
- Widayati, N., Wantiyah, & Wuryaningsih, E. W. (2015). Pengaruh Pelatihan Strategi Koping Terhadap Manajemen Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Jember Kidul Kabupaten Jember. *Jurnal Ikesma*, 11(1).
- Wuri, W. emi, , M.Kep., Sp.Kep.J, D. N. H. D. W., & Dewi, Erti ikhiarini dewi, fitrio deviantoni, enggal hadi kurniawam. (2018). *BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA 1*. https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Keperawatan_Kesehatan_Jiwa_1/PFnYDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=ansietas&pg=PA49&prints ec=frontcover
- Yusuf, A., Fitriyasari, R., & Nihayati, H. E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.
- Zaini, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial Di Pelayanan Klinis Dan Komunitas*. Deepublish.

Zarmi, Suri, M., & Daryanto. (2017). Hubungan Kondisi Fisik Dan Mekanisme Koping Individu Dengan Harga Diri Penderita Pasca Stroke Di Poliklinik Saraf Rsud Mataher Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim*, 6(2).

LAMPIRAN

**ASAHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS DENGAN ANSITAS
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANDALAS KOTA PADANG TAHUN 2023**

NO	KEGIATAN	NOVEMBER	DESEMBER	JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI
1.	Kemampuan dan ACC Jabab Nasional	■							
2.	Pembelajaran dan Kemampuan Pegawai		■						
3.	Pendekatan Building Program			■					
4.	Salah proposal				■				
5.	Perbaikan Program					■			
6.	Pemeriksaan dan Penyusunan						■		
7.	Pembelajaran Cjlan KTI							■	
8.	Salah KTI								■
9.	Perbaikan KTI								■
10.	Pengumpulan perbaikan KTI								■
11.	Publikasi								■

Supriatining I
Residensi S. Ngr. M. K. S. N. J. W. S.
 NIP. 197208281990032001

Purnaning Iff
Nk. Laila F. H. S. N. S. K. S. N. S. K. S. N. S.
 NIP. 197603082008122001

Padang, Mei 2023
S. N. S. N. S.
Suman N. S. N. S. N. S.
 NIM. 202110153
 Fakultas Kesehatan Padang



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
 DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Jl. Jendral Sudirman 2011 Padang 20132 Telp. (075) 2132111-112 Fax. (075) 2132113-114
 Jl. Jendral Sudirman 20111 Padang 20132 Telp. (075) 2132111-112 Fax. (075) 2132113-114
 Jl. Jendral Sudirman 20111 Padang 20132 Telp. (075) 2132111-112 Fax. (075) 2132113-114
 Jl. Jendral Sudirman 20111 Padang 20132 Telp. (075) 2132111-112 Fax. (075) 2132113-114
 Website: www.poltekkespadang.ac.id

Nomor: PP.01.01/0000 / 2022 16 November 2022
 Lembar: 1 lbr
 Perihal: Eja Survey Data

Kepada Yth.
 Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang
 Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2022/2023, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survey Data di instansi yang Bapak/Ibu Pimpin (Nama Mahasiswa Terlampir).

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Wafir L.

 Ketua Singkarak SKM SK Kan
 19440418108605 / 004



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Jl. Sekeloa Tengah No. 10 Padang 25139
Jalan Beringin (Jl. Beringin) Padang 25139

Nomor: PPH/RI/ 0294 / 2023
Perihal: Jika Pendirian

19 Januari 2023

Yth Kepala Puskesmas Andalas Kota Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilakukannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D-3 Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di instansi yang Bapak/Ibu Pimpin s.d :

NO	N A M A / NIM	JUDUL KTI
1	Suzuki Nural Nisa / 202310155	Analisa Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Amiotus di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang

Dewikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerinduan Bapak/Ibu kami sampaikan terimakasih.

Wd 1

Dr. Gurnidi, STP, MPH
NIP. 197104021994031001



PEMERINTAH KOTA PADANG
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN
 PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jl. Jendral Sudirman No. 1 Padang Telp/Fax (075) 880719
 Email : admin@kota.padang@gmail.com Website : www.danratkota.padang.go.id

REKOMENDASI

Nomor : 871.1211/DPMPESP-PP-XI-2022

Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang untuk melakukan dan menyelesaikan:

1. Dasar:

- a. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 94 Tahun 2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pemerintahan Kelurahan
- b. Peraturan Walikota Padang Nomor 74 Tahun 2021 tentang Pelaksanaan Wewenang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko dan Non Perizinan Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang;
- c. Surat dan Validasi Eksekusi Padang Nomor : 871.1211/DPMPESP-PP-XI-2022

2. Surat Perizinan Berusaha (sebuah persetujuan yang berlangsung tanggal 17 November 2022)

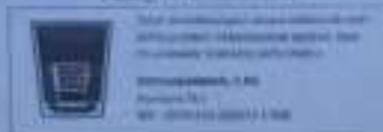
Dengan ini merekomendasikan persetujuan Perizinan (Izin / Perizinan / PKL / PPL) (Programme Induk Capaian) di wilayah Kota Padang untuk dengan persetujuan yang berlangsung:

Nama	Reza Rizki Pita
Tempat/Tanggal Lahir	Padang / 20 September 2002
Pekerjaan/pekerjaan	Mahasiswa
Alamat	Desa Permai 1 Blok A3 No 10, RT 06/09/015, Kelurahan Lubuk Basah, Kecamatan Kota Tengah
Nomor Identifikasi	80291141401
Motif Perizinan	Survei Awal
Lama Perizinan	3 (tiga) Bulan
Lokal Perizinan	Akses Eksplorasi Pada Peta Dasar Matrik Ortophotogrametri di Wilayah Kerja Perizinan Andalan Kota Padang
Tujuan Perizinan	Perizinan Andalan
Anggota Keluarga	-

Dengan Substansi sebagai berikut:

1. Rekomendasi yang berlaku dan berlaku Perizinan dan Data Terdiri di Dalam wilayah / Lokal Perizinan.
2. Pelaksanaan perizinan agar bisa dilaksanakan untuk izin yang dapat berlangsung berdasarkan ketentuan dan ketentuan di dalam peraturan / izin Perizinan
3. Tidak ada pelanggaran prosedur berdasarkan Orisinal di wilayah terdistribusi di lokasi Perizinan
4. Menganalisa hasil perizinan dan administrasi lainnya yang Kota Padang melalui Sistem Rujukan dan Petak Kota Padang
5. Bila terjadi permasalahan dan masalah hukum perizinan ini, maka Rekomendasi ini tidak berlaku dengan sendirinya

Padang, 17 November 2022





PEMERINTAH KOTA PADANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS ANDALAS

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor 440.9122/SPom-And / 2023

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mardis Nelsina, SKM, M.I.Kom
NIP : 19740525 198603 2002
Pangkat/Gol : Pembina / IV a
Jabatan : Kepala Tata Usaha Puskesmas Andalas

Menyatakan bahwa :

Nama : SUSAN NURUL NISA
Nomor Mahasiswa : 203110185
Jurusan : Prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Ansietas Di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang

Telah sesuai melakukan penelitian di Puskesmas Andalas pada tanggal 13 April s/d 12 Mei 2023

Demikianlah surat keterangan ini dibuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 25 Mei 2023

Kepala Tata Usaha,



Mardis Nelsina, SKM, M.I.Kom
Pembina / IV a
NIP: 197405251986032002

**PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)
PELAYANAN KEPERAWATAN KELUARGA DI RUMAH**

Yang bersedia target di rumah ini :

Kelas : (Ergonomi)
Nama : Siti Nur Hafidha
Tempat, Tanggal Lahir : Padang, 26 Mei 2004
No. Telepon : 08 7771 843,509
Penanggung jawab (Keluarga)
Nama : Andriyasa
Alamat : Jl. Bukit R. Andriyasa
No. Telepon :
Hubungan dengan klien : Suster

Sesudah mendapatkan penjelasan tentang pelayanan keperawatan keluarga di rumah, yang termasuk tentang HAK dan KEWAJIBAN KLIEN, memohonkan persetujuan untuk menerima pelayanan perawat di rumah (seseorang saja)

HAK KLIEN

1. Bisa mendapatkan rencana pelayanan keperawatan keluarga di rumah
2. Menerima pelayanan yang sesuai dengan norma yang berlaku berdasarkan kode etik, norma agama, dan social target diskriminasi, berdasarkan ras, warna kulit, agama, jenis kelamin, usia, dan asal asal kebangsaan.
3. Mengemukakan keluhan yang dialami sudah menerima penjelasan, yang lengkap, akurat, dan tidak mengancam.
4. Mengemukakan keberatan terhadap individu, petugas yang melayani, dan dapat menggunakan petugas pengganti.
5. Memperoleh informasi yang berkaitan dengan setiap perubahan pelayanan, termasuk perubahan tarif pelayanan.

Poltekkes Kemenkes Padang

6. Mempunyai perlindungan, bukan atas tindakan yang menyimpang dari standar prosedur.

KEWAJIBAN KLIEN/KELUARGA

1. Bekerja sama dan membantu petugas untuk mendukung tercapainya tujuan pelayanan keperawatan keluarga tersebut.
2. Memenuhi rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat berdasarkan kesepakatan bersama petugas.
3. Membayar pelayanan yang diterima sesuai dengan tarif yang berlaku.
4. Memperhatikan petugas sesuai dengan norma yang berlaku berdasarkan etika, norma, agama, dan sosial tanpa diskriminasi, berdasarkan ras, warna kulit, agama, jenis kelamin, usia atau asal-usul kebangsaan.

Saya menyatakan bahwa persetujuan ini dibuat sebagai upaya meningkatkan rasa aman dalam menerima pelayanan sesuai standar dan memastikan bahwa pelayanan sesuai dengan peraturan yang ditetapkan. Saya percaya bahwa petugas pelayanan keperawatan keluarga di rumah akan menjaga hak-hak saya dan kerahasiaan pribadi saya sebagai klien sesuai dengan peraturan yang ditetapkan dan hak-hak yang berkenaan dengan kepribadian saya.

KLIEN

()
Eran

PINANGGUNG JAWAB

()
Ardi

PERAWAT

()
Dwi

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Susmi Nurul Nisa
 NIM : 210110155
 Pembimbing I : Rusdiyanti, S. Kp, M. Kep, Sp. Jwa
 Judul : Analisis Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Asidosis di wilayah kerja Puskesmas Aridatus Kota Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	1 September 2023	DK - 2023/1	
2	12 September 2023	hal 1 tabel ke-1	
3	1 Desember 2023	Perbaikan bab 1 dan 2	
4	12 Desember 2023	Perbaikan bab 2 dan 3	
5	12 Desember 2023	Perbaikan bab 3 (tabel dan gambar)	
6	12 Desember 2023	DK - 2023/1	
7	12 Desember 2023	Perbaikan Bab 3	
8	12 Desember 2023	Perbaikan Bab 3	
9	12 Desember 2023	Perbaikan Bab 3	
10	12 Desember 2023	Perbaikan Bab 3	
11	12 Desember 2023	Perbaikan Bab 3	
12	12 Desember 2023	Perbaikan Bab 3	
13	12 Desember 2023	DK - 2023/1	
14			

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui
 Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang


Rusdiyanti, S. Kp, M. Kep
 NIP : 19750121 199903 200 5

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Susmi Nurul Nisa
 NIM : 203110123
 Pembimbing 1 : Ns. Laila Fatmahan Azzel, S.Kep., M.Kep.
 Bahas : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Asidosis di
 wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Survei Pembimbing	Tanda Tangan
1	08/4/2022	Survei awal	
2	11/4/2022	Memangkas kuku	
3	14/4/2022	Latihan kemampuan hidup 1 dan 2	
4	14/4/2022	Latihan kemampuan hidup 3 dan 4	
5	15/4/2022	Latihan kemampuan hidup 5 dan 6	
6	15/4/2022	Latihan kemampuan hidup 7 dan 8	
7	15/4/2022	Latihan kemampuan hidup 9 dan 10	
8	15/4/2022	Survei akhir	
9	15/4/2022	Survei akhir	
10	15/4/2022	Survei akhir	
11	15/4/2022	Survei akhir	
12	15/4/2022	Survei akhir	
13	15/4/2022	Survei akhir	
14	15/4/2022	Survei akhir	

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Ns. Yuni Padliwati, S.Kep., M.Kep.
NIP : 19750121 199903 200 5

HASIL PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL

RUANG RAWAT:

TANGGAL DIRAWAT:

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Ny. E
Tanggal Pengkaji :
Umur : 55 tahun
RM. No. : -
Informan : -

II. ALASAN MASUK

Saat dilakukan pengkajian pada klien keluhan utama yang dirasakan adalah klien merasa cemas dengan penyakit diabetes mellitus yang dialaminya klien mengatakan takut akan terjadinya komplikasi terhadap masalah kesehatan yang dialami dan pasien merasa cemas dikarenakan disekeliling pasien juga mengalami diabetes mellitus yang sudah komplikasi, Selain itu pasien juga merasa bosan dengan siklus minum obat dan mengukur kadar gula darah yang terus menerus, ditambah usia yang semakin bertambah takut keadaan akan bertambah buruk, berat badan klien semakin turun dan klien mengatakan badannya terasa semakin kurus, klien sering merasa lelah, suka mengantuk, pandangan mata kabur, dan kadang merasa pusing, klien mengatakan malu dengan keadaan sekarang badan semakin kurus dan merasa dirinya tidak tampak sehat dan bugar lagi seperti biasanya. jika gula darahnya mengalami kekambuhan dan bertambah tinggi klien mengeluhkan pusing, merasa sangat lelah dan pandangan mata semakin kabur dan dapat mengganggu aktifitas klien, sehingga klien cemas akan masalah kesehatannya tersebut.

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa masa lalu:

Klien mengatakan tidak pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya

2. Pengobatan sebelumnya :

Klien mengatakan tidak ada melakukan pengobatan atau terapi kejiwaan.

3. Trauma (aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan tindakan kriminal):

Klien mengatakan tidak pernah mengalami trauma baik aniaya fisik, seksual, penolakan, kekerasan atau tindakan kriminal lainnya

Masalah Keperawatan: tidak ada

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klien mengatakan tidak ada memiliki keluarga dengan riwayat gangguan kejiwaan sebelumnya

Masalah keperawatan: Tidak ada

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan pernah mengalami

Masalah Keperawatan : tidak ada

IV. FISIK

1. Tanda-Tanda Vital :

TD : 120/70 mmHg

S : 36,9

HR : 85 x/menit

RR : 19 x/menit

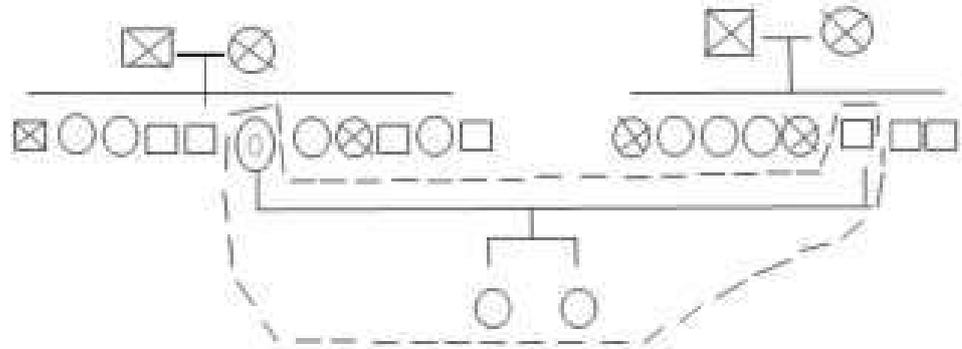
2. Ukur : TB: 156 cm BB sekarang: 64,5 kg BB sebelum: 70 kg

IMT : 26,5 kg

3. Keluhan fisik : klien mengeluh badannya semakin kurus, susah tidur, kadang sering merasa gatal pada kulit klien

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

○ (dot) : Klien

⊠ : Meninggal

◻ (diagonal) : Berceraai

--- : Tinggal Serumah

2. Konsep diri:

a. Gambaran diri :

Pengkajian gambaran diri, klien mengatakan merasa dirinya semakin kurus dan malu dengan berat badannya yang semakin menurun dan tampak lemes dan mudah merasa lelah

b. Identitas :

Pengkajian identitas diri, klien berstatus sebagai anak ke enam dari sebelas orang bersaudara dan sudah menikah satu kali dan memiliki dua orang anak

c. Peran :

Pengkajian peran diri, klien merupakan seorang ibu dan seorang istri .

d. Ideal diri :

Pengkajian ideal diri, klien bersemangat untuk mengikuti latihan ansietas yang dilakukan dan tetap bersemangat menghadapi hari-harinya.

e. Harga diri :

Pengkajian harga diri, klien tidak memiliki masalah hubungan dengan keluarganya namun klien merasa malu dengan berat badannya yang semakin menurun dan lebih kurus dari biasanya pasien lebih sering dirumah karena menurut klien lebih nyaman dirumah dan juga tidak ada yang menghuni rumah jika suami dan anaknya sudah pergi bekerja.

3. Hubungan sosial:

a. Orang berarti:

Klien mengatakan orang terdekatnya saat ini adalah suaminya

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat:

Klien mengatakan Klien berhubungan baik dengan lingkungan dan masyarakat sekitar tempat tinggal klien dan turut berperan dalam kegiatan dimasyarakat seperti gontong royong serta membantu kegiatan-kegiatan lain dimasyarakat

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:

Pasien lebih sering dirumah karena menurut klien lebih nyaman dirumah dan juga tidak ada yang menghuni rumah jika suami dan anaknya sudah pergi bekerja

4. Spiritual:

a. Nilai dan keyakinan:

Pengkajian nilai dan keyakinan klien berharap agar dia bisa tetap kuat dan sehat sehingga tidak menyusahkan orang lain atau keluarganya serta klien mengatakan selalu mensyukuri apa yang Allah berikan padanya.

b. Kegiatan ibadah:

Selalu melakukan shalat 5 waktu dan selalu berdo'a

VI. STATUS METAL

1. Penampilan

Dari pengkajian status metal klien didapatkan data penampilan klien tampak rapi, bersih, serta pakai yang digunakan dapat disesuaikan dengan tempat, rambut klien rapi.

2. Pembicaraan

Dari wawancara yang dilakukan dengan klien dapat berbicara dengan jelas dan dapat menjawab pertanyaan dengan tepat

3. Aktivitas Motorik

Pengkajian aktivitas motoric, saat dilakukan wawancara klien tampak tenang dan bisa menjawab dengan baik pertanyaan. Saat ditanyakan tentang masalah kesehatan yang dialami oleh klien, klien tampak cemas dan takut jika masalah kesehatannya akan mengalami komplikasi.

4. Alam Perasaan

Klien tidak menunjukkan ekspresi yang berlebihan saat sedih maupun gembira dan klien tampak senang saat menceritakan pengalamannya yang menyenangkan.

5. Afek

Hasil observasi afek yang ditunjukkan sesuai dengan apa yang diberikan.

6. Interaksi selama wawancara

Interaksi selama proses keperawatan, klien mampu menjawab pertanyaan dengan baik, dan kontak mata klien saat wawancara baik

7. Persepsi

Persepsi klien tidak terganggu dan tidak pernah mengalami halusinasi

8. Proses Pikir

Pengkajian proses pikir selama wawancara, pembicaraan klien singkat tidak berbelit-belit, dan tidak berulang-ulang dan nada hubungannya antara satu kalimat dan kalimat lainnya dalam satu topik

9. Isi Pikir

Klien mengatakan tidak mengalami gangguan isi pikir.

10. Waham

Klien tidak mengalami waham

11. Tingkat kesadaran

Pengkajian tingkat kesadaran, klien mengatakan bahwa klien menyadari klien sekarang berada dirumahnya dan sadar saat berbicara dengan siapa berbicara dan lingkungannya. Tingkat kesadaran terhadap waktu, orang dan tempat jelas.

12. Memori

Pengkajian memori, klien mampu mengingat jelas peristiwa yang dialaminya, klien juga ingat jika ditanya apa sudah makan atau belum dan kapan klien makan, dengan siapa saja bertemu hari ini, klien tidak memiliki gangguan daya ingat jangka pendek maupun jangka panjang

13. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pengkajian tingkat konsentrasi dan berhitung, saat dilakukan wawancara dan selama wawancara konsentrasi klien baik dan dapat focus menjawab dengan baik apa yang ditanyakan pada klien, serta klien dapat menjawab hitungan sederhana

14. Kemampuan penilaian

Pengkajian kemampuan penilaian, saat diberikan pilihan seperti apakah klien mendahulukan kegiatan merapikan tempat tidur atau menyapu, klien memilih merapikan tempat tidur terlebih dahulu karena itu yang lebih mendesak.

15. Daya tilik diri

Pengkajian daya tilik diri, klien mengetahui penyakit yang dideritanya, dan klien menyadari cemas dengan masalah kesehatannya .

VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

Klien mengatakan makan 3x/hari yaitu dengan nasi dan lauk pauk porsi sedang.

2. BAB/BAK

Klien mengatakan BAB 1x/hari dan BAK klien kurang lebih 3-4 x/hari.

3. Mandi

Klien mengatakan mandi 2x/hari pagi dan sore.

4. Berpakaian/berhias

Klien berpakaian rapi dan bersih.

5. Istirahat dan tidur

Tidur siang : klien mengatakan jarang tidur siang

Tidur malam : tidur klien biasanya kurang lebih 7 jam/hari

Kegiatan sebelum dan sesudah tidur : klien biasanya membaca do'a

6. Penggunaan obat

Klien mengatakan bosan meminum obat diabetes mellitus, klien mengatakan kurang pengetahuan mengenai penyakitnya

7. Pemeliharaan kesehatan

klien mengatakan sudah jarang kontrol dan meminum obat rutin penurun gula darah, klien mengatakan tidak mengetahui pola hidup yang sehat terutama bagi penderita diabetes mellitus

8. Kegiatan diluar rumah

kegiatan diluar rumah yang biasanya dilakukan klien adalah seperti pergi belanja untuk membeli kebutuhan bahan pokok dan sesekali pergi kerumah anaknya.

VIII. MEKANISME KOPING

Klien cenderung bereaksi terhadap masalah dan bereaksi lambat karna takut dengan keadaan kesehatannya saat ini.

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Klien mengatakan hubungan dengan keluarganya baik dan Klien berhubungan baik dengan lingkungan dan masyarakat sekitar tempat tinggal klien dan turut berperan dalam kegiatan dimasyarakat seperti gontong royong serta membantu kegiatan-kegiatan lain dimasyarakat.

X. PENGETAHUAN KURANG TENTANG:

Klien mengatakan tau dengan penyakit yang dideritanya dan kecemasan yang dirasakan saat ini akan tetapi klien tidak mengetahui cara mengatasi kecemasan yang dialami klien.

ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH	PENYEBAB
1	<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien merasa cemas dengan penyakit diabetes mellitus yang dialaminya klien mengatakan takut komplikasi penyakitnya bertambah parah karena pasien sudah mengidap hipertensi, kolesterol, hati berlemak terhadap masalah kesehatan yang dialami dan pasien merasa cemas dikarenakan disekeliling pasien juga mengalami diabetes mellitus yang sudah komplikasi, ditambah usia yang semakin bertambah takut keadaan akan bertambah buruk, Selain itu pasien juga merasa bosan dengan siklus minum obat dan mengukur kadar gula darah yang terus menerus, <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien kooperatif saat dilakukan wawancara 2. tampak klien gelisah 3. sedikit melamun saat ditanya tentang masalah kesehatannya 4. klien tampak lemas 5. pengkajian TTV didapat tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 85x/m, suhu tubuh 36,9⁰C, Pernafasan 19x/m 	Ansietas	Ancaman terhadap konsep diri

2	<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan berat badan klien semakin turun dan klien mengatakan badannya terasa semakin kurus, 2. klien mengatakan kulit kadang suka gatal, 3. klien mengatakan pasien sering merasa lelah, pandangan mata kabur,dan kadang merasa pusing. <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien tampak kurus, pakaian yang biasa digunakan tampak longgar, 2. klien tampak lemas, tampak bekas pada tangan klien akibat gatal 3. hasil pengukuran dari pengukuran tinggi badan klien 156 cm, berat badan sekarang klien 64,5 kg, berat badan sebelumnya 75 kg 	Gangguan citra tubuh	Perubahan struktur/bentuk tubuh
---	---	----------------------	---------------------------------

3	<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien cenderung bereaksi terhadap masalah dan bereaksi lambat karena takut dengan keadaan kesehatannya saat ini. 2. Klien mengatakan tidak mengetahui cara mengatasi kecemasan yang dirasakannya. <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien tampak lemas, 2. klien tampak lebih sering dirumah, klien tampak sedikit melamun dan sedih saat ditanya tentang masalah kesehatannya. 	Koping tidak efektif	Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah
4	<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan susah untuk memulai tidur 2. Klien mengatakan selalu memikirkan penyakitnya sebelum tidur sehingga mengakibatkan klien susah tidur 3. Klien mengatakan istirahatnya tidak cukup <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mata klien tampak lelah 2. Klien tidur kurang dari 7 jam/hari 	Gangguan Pola Tidur	Kurangnya kontrol tidur

XI. ASPEK MEDIK

Diagnosa medik : diabetes mellitus

XII.DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri
2. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan struktur/bentuk tubuh
3. Koping tidak efektif berhubungan dengan Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah
4. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurangnya kontrol tidur

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosis	Rencana Tindakan Keperawatan		
		Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan
15,16,17 April 2023	Ansietas	<p>Tujuan tindakan Untuk klien</p> <p>1. Klien dapat mengenal apa itu ansietas</p>	<p>Kriteria hasil klien mampu</p> <p>1. Mengenal masalah ansietas yang dialami</p> <p>Ansietas merupakan kekhawatiran tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya, tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus cemas yang dimana cemas itu merupakan perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi, ketika merasa cemas individu merasa tidak nyaman takut dan</p>	<p>Tindakan untuk Klien</p> <p>1. Strategi Pelaksanaan 1 Membantu klien mengenal ansietas mengidentifikasi dan mengurai perasaannya, menjelaskan situasi yang menyebabkan kecemasan menyadari perilaku akibat kecemasan</p>

		<p>2. Klien dapat mengatasi ansietas melalui latihan relaksasi nafas dalam</p>	<p>memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi.</p> <p>2. Klien mampu menyebutkan pengertian dari ansietas, klien mengetahui dan dapat memperagakan teknik nafas dalam</p>	<p>2. Strategi pelaksanaan 2</p> <p>Mengajarkan teknik nafas dalam.</p> <p>Prosedur teknik relaksasi napas dalam</p> <ol style="list-style-type: none">a. Ciptakan lingkungan yang tenangb. Usahakan tetap rileks dan tenangc. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisiparuparu dengan udara melalui hitungan 1,2,3
--	--	--	---	--

				<p>d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks</p> <p>e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali</p> <p>f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan</p> <p>g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks</p> <p>h. Usahakan agar tetap konsentrasi/mata sambil terpejam</p> <p>i. Pada saat konsentrasi pusatkan pada hal-hal yang nyaman</p> <p>j. Anjurkan untuk</p>
--	--	--	--	--

		<p>3. Klien dapat memperagakan dan menggunakan latihan relaksasi otot untuk mengatasi ansietas.</p>	<p>3. Klien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan: Strategi pelaksanaan 3 yaitu mengajarkan teknik relaksasi otot</p>	<p>mengulangi prosedur hingga ansietas berkurang</p> <p>3. Strategi pelaksanaan 3 mengajarkan teknik relaksasi otot Mengajarkan relaksasi otot</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi tingkat cemas • Kaji kesiapan pasien, perasaan pasien. • Ruang yang sejuk, tidak gaduh dan alami • Siapkan tempat tidur atau kursi yang dapat menopang bahu pasien: <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan kembali tujuan terapi dan prosedur yang dilakukan; b. Pasien berbaring atau duduk bersandar (ada
--	--	---	---	---

				<p>sandaran untuk kaki dan bahu);</p> <p>c. Lakukan latihan nafas dalam dengan menarik nafas melalui hidung dan dihembuskan melalui mulut;</p> <p>d. Bersama pasien mengidentifikasi (pasien dianjurkan dan dibimbing untuk mengidentifikasi) daerah-daerah otot yang sering tegang misalnya dahi, tengkuk, leher, bahu, pinggang, lengan, betis;</p> <p>e. Bimbing pasien untuk mengencangkan otot tersebut selama 5 sampai 7detik, kemudian bimbing pasien untuk</p>
--	--	--	--	--

				<p>merelaksasikan otot 20 sampai 30 detik;</p> <p>f. Kencangkan dahi (kerutkan dahi keatas) selama 5-7 detik, kemudian relakskan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya;</p> <p>g. Kencangkan bahu, tarik keatas selama 5-7 detik, kemudian relakskan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar;</p> <p>h. Kepalkan telapak tangan dan kencangkan otot bisep selama 5-7 detik, kemudian relakskan 20-30 detik. Pasien disuruh</p>
--	--	--	--	--

			<p>4. Klien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan:</p>	<p>merasakan rileksnya dan rasakan alirandarah mengalir secara lancar;</p> <p>i. Kencangkan betis, ibu jari tarik kebelakang bisep selama 5-7 detik, kemudian relaksan 20-30 detik. Minta Pasien untuk merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar;</p> <p>j. Selama kontraksi pasien dianjurkan merasakan kencangnya otot dan selama relaksasi anjurkan pasien konsentrasi merasakan rilaksnya</p> <p>4. Strategi Pelaksanaan 4 Mengajarkan teknik</p>
--	--	--	--	---

			<p>Strategi Pelaksanaan 4 yaitu Mengajarkan teknik hypnotis 5 jari</p>	<p>hypnotis 5 jari</p> <ol style="list-style-type: none">i. Atur posisi klien senyaman mungkin;ii. Pejamkan mata dan lakukan teknik napas dalam secara perlahan sebanyak 3 kali. Minta pasien untuk relaks;iii. Minta pasien untuk menautkan ibu jaridengan jari telunjuk, dan minta pasien untuk membayangkan kondisi dirinya ketika kondisi begitu sehat;iv. Tautkan ibu jari dengan jari tengah minta pasien membayangkan ketika mendapatkan hadiah atau barang yang sangat
--	--	--	--	---

				<p>disukai;</p> <p>v. Tautkan ibu jari kepada jari manis, bayangkan ketika Anda berada di tempat yang paling nyaman, tempat yang membuat pasien merasa sangat bahagia;</p> <p>vi. Tautkan ibu jari dengan jari kelingng, bayangkan ketika Anda mendapat suatu penghargaan;</p> <p>vii. Tarik nafas, lakukan perlahan, lakukan selama 3 kali;</p> <p>viii. Buka mata kembali.</p>
--	--	--	--	--

		<p>Tujuan tindakan untuk keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga Mampu Mengenal apa itu Masalah ansietas pada anggota keluarganya 2. Keluarga Mampu Memahami proses terjadinya masalah ansietas 	<p>Kriteria hasil untuk keluarga mampu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mampu mengenal apa itu ansietas yang dialami 2. Keluarga mengetahui cara yang benar dalam mengatasi ansietas dan melatih teknik nafas dalam 	<p>Tindakan untuk keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala proses terjadinya ansietas, mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan teknik pengalihan situasi. 2. Strategi Pelaksanaan 2 Mengajarkan Keluarga cara Merawat klien ansietas dengan Latihan relaksasi dengan napas dalam.
--	--	---	---	---

		<p>3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami ansietas.</p> <p>4. Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan ansietas.</p>	<p>3. Merawat dan melatih klien dengan teknik relaksasi otot</p> <p>4. Merawat dan melatih klien dengan teknik relaksasi hipnotis 5 jari</p> <p>5. Mampu melakukan follow up ke rumah sakit jika tidak mampu dirumah</p>	<p>3. Strategi Pelaksanaa 3 Mengajarkan Keluarga cara Merawat klien ansietas dengan teknik relaksasi mengerutkan, dan mengendurkan otot.</p> <p>4. Strategi Pelaksanaan 4 Mengajarkan Keluarga cara Merawat klien ansietas dengan teknik relaksasi Menghipnotis diri Sendiri (latihan Lima jari).</p>
--	--	--	--	---

1-2 Mei 2023	Gangguan Citra Tubuh	<p>Tujuan tindakan pada klien</p> <p>1. Mengidentifikasi peningkatan citra tubuhnya dan menerima citra tubuhnya</p>	<p>Kriteria hasil untuk klien</p> <p>1. Klien mengetahui tentang citra tubuh, aspek positif yang masih dimiliki untuk meningkatkan citra tubuh</p> <p>Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang penampilan dan fungsi fisik individu</p>	<p>Strategi pelaksanaan pada klien seperti :</p> <p>1. Strategi pelaksanaan 1 membina hubungan saling percaya. Diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuhnya. Diskusikan aspek positif diri. Mendiskusikan cara meningkatkan citra tubuh.</p> <p>Ajarkan Pasien meningkatkan citra tubuh dengan cara:</p> <p>a. Motivasi Pasien untuk melakukan aktivitas yang mengarah pada pembentukannya tubuh yang ideal;</p> <p>b. Gunakan protese, wig (rambut palsu), kosmetik</p>
--------------	----------------------	---	---	---

		<p>2. Mengidentifikasi aspek positif diri</p>	<p>2. Klien mampu mengidentifikasi dan melakukancara meningkatkan citra tubuh</p>	<p>atau yang lainnya sesegera mungkin, gunakan pakaian yang baru;</p> <p>c. Motivasi pasien untuk melihat bagian yang hilang secara bertahap;</p> <p>d. Bantu pasien menyentuh bagian tersebut</p> <p>2. Strategi pelaksanaan 2 mengevaluasi kegiatan yang dilakukan, mengidentifikasi dan melakukan cara meningkatkan citra tubuh. Melatih pasien berinteraksi secara bertahap. Lakukan interaksi secara bertahap dengan cara:</p> <p>a. Susun jadwal kegiatan</p>
--	--	---	---	---

				<p>sehari-hari;</p> <p>b. Motivasi untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan terlibat dalam aktivitas keluarga dan social;</p> <p>c. Motivasi untuk mengunjungi teman atau orang lain yang berarti atau mempunyai peran penting baginya;</p> <p>d. Berikan pujian terhadap keberhasilan Pasien melakukan interaksi.</p>
		<p>Tujuan tindakan pada keluarga</p> <p>1. Keluarga dapat mengenal masalah gangguan citra</p>	<p>Kriteria hasil untuk keluarga</p> <p>1. Klien mengetahui tentang citra tubuh, aspek positif</p>	<p>Strategi pelaksanaan pada keluarga seperti :</p> <p>1. Strategi pelaksanaan 1 mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga,</p>

		<p>tubuh</p> <p>2. Keluarga dapat mengenal masalah gangguan citra tubuh</p>	<p>yang masih dimiliki untuk meningkatkan citra tubuh</p> <p>Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang penampilan dan fungsi fisik individu</p> <p>2. Mampu menyusun rencana bersama keluarga dan mampu mengetahui cara merawat klien dengan citra tubuh</p>	<p>menjelaskan mengenai masalah gangguan citra tubuh, menjelaskan cara mengatasi gangguan citra tubuh.</p> <p>2. Strategi pelaksanaan 2 mengevaluasi mengenai kegiatan sebelumnya, menyusun rencana keperawatan bersama keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh, melatih keluarga cara merawat pasien gangguan citra tubuh.</p>
--	--	---	---	--

3-4 Mei 2023	Koping Tidak efektif	<p>Tujuan tindakan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="730 288 1104 376">1. Membangun hubungan kepercayaan <li data-bbox="730 842 1104 1150">2. Menilai status koping saat ini membantu pasien dalam mengembangkan strategi pemecahan masalah 	<p>Kriteria hasil untuk klien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1144 288 1570 762">1. Klien mampu mengenal apa itu koping tidak efektif Koping tidak efektif adalah ketidakmampuan menilai dan merespons stesor atau ketidakmampuan menggunakan sumber dsumber yang ada untk mengatasi masalah <li data-bbox="1144 842 1570 1042">2. Klien mampu mengenal koping yang baik dimana klien dapat melakukan kegiatan yang disukai. 	<p>Strategi pelaksanaan pada klien seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1637 344 2016 927">1. Strategi pelaksanaan 1 yaitu diskusikan tentang tanda dan gejala, penyebab koping tidak efektif, diskusikan cara merawat klien dengan koping individu tidak efektif dengan membantu klien mengenal koping individu tidak efektif dan bicara dengan orang lain. <li data-bbox="1592 954 2016 1318">2. Strategi Pelaksanaan dalam membimbing klien dalam melaksanakan Aktivitas berbicara dengan Orang lain, bersama keluarga melatih klien dalam melakukan aktifitas yang disenangi
--------------	----------------------	---	--	---

				bersama keluarga melatih aktivitas olahraga
		<p>Tujuan tindakan keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga membangun hubungan kepercayaan 2. Keluarga menilai status koping saat ini membantu klien dalam mengembangkan 	<p>Kriteria hasil untuk Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tentang masalah koping individu tidak efektif 2. Mampu merawat anggota keluargadengan koping individu tidak efektif 	<p>Strategi pelaksanaan pada klien seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. strategi pelaksanaan 1 yaitu diskusikan tentang tanda dan gejala, penyebab koping tidak efektif, diskusikan cara merawat klien dengan koping individu tidak efektif dengan membantu klien mengenal koping individu tidak efektif dan bicara dengan orang lain. 2. Strategi Pelaksanaan keluarga dalam membimbing klien dalam melaksanakan Aktivitas

		strategi pemecahan masalah		berbicara dengan Orang lain, bersama keluarga melatih klien dalam melakukan aktifitas yang disenangi bersama keluarga
--	--	----------------------------	--	---

Tanggal	Diagnosa	Implementasi Keperawatan	Evaluasi	Paraf
15,17,30 April 2023	Ansietas	Tindakan untuk klien 1. Strategi pelaksanaan 1 Membantu klien mengenal ansietas mengidentifikasi dan mengurai perasaannya, menjelaskan situasi yang menyebabkan kecemasan, menyadari perilaku akibat kecemasan, dan mengajarkan klienteknik relaksasi pengalihan situasi 2. Strategi pelaksanaan2 Mengajarkan teknik nafas dalam. 3. Strategi pelaksanaan3 mengajarkan teknik relaksasi otot. 4. Strategi pelaksanaan 4	Evaluasi pada klien S : <ul style="list-style-type: none"> • klien sudah mampu mengenali ansietas yang dialaminya • klien mampu untuk menerapkan teknik-teknik relaksasi yang telah diajarkan kepada klien untuk mengatasi ansietasnya • klien mengatakan ansietasnya berkurang setelah melakukan teknik yang telah diajarkan O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu menyebutkan kembali 	

		<p>mengajarkan teknik hypnosis 5 jari.</p>	<p>tentang masalah ansietas</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien mampu mempraktekan teknik relaksasi yang telah diajarkan• selama berinteraksi klien kooperatif dengan penulis serta mampu menanggapi dengan baik apa yang disampaikan serta mau menerima saran atau motivasi yang diberikan <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">• Ansitas klien mulai berkurang <p>P : Intervensi dilanjutkan keluarga</p>	
--	--	--	--	--

		<p>Tindakan untuk keluarga</p> <ol style="list-style-type: none">1. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala proses terjadinya ansietas, mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan teknik pengalihan situasi.2. Strategi pelaksanaan 2 mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan Latihan relaksasi dengan napas dalam.3. Strategi pelaksanaan 3	<p>Evaluasi untuk keluarga</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• keluarga telah mampu mengenal masalah ansietas yang dialami klien• keluarga mampu mengetahui cara merawat anggota keluarganya dengan baik, serta mampu membantu mengatasi kecemasan klien dengan teknik relaksasi yang sebelumnya telah diajarkan	
--	--	--	---	--

		<p>Mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan teknik relaksasi mengerutkan, dan mengendurkan otot.</p> <p>4. Strategi pelaksanaan 4 mengajarkan keluarga cara merawat klien ansietas dengan teknik relaksasi Menghipnotis diri sendiri (latihan lima jari).</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga tampak paham dengan masalah ansietas yang dialami klien • Keluargatampak mampu merawatkeluargadengan ansietas <p>A: ansietas berkurang</p> <p>P: intervensi dilanjutkan ke diagnosis ke 2</p>	
1-2 Mei 2023	Gangguan Citra Tubuh	<p>strategi pelaksanaan pada klien seperti :</p> <p>1. strategi pelaksanaan 1 membina hubungan saling percaya. Diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuhnya. Diskusikan aspekpositif diri. mendiskusikan cara</p>	<p>Evaluasi klien</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan memahami tentang masalah gangguan citra tubuhnya, • klien mengatakan dapat mengetahui 	

		<p>meningkatkan citra tubuh.</p> <p>2. strategi pelaksanaan 2 mengevaluasi kegiatan yang dilakukan .mengidentifikasi dan melakukan cara meningkatkan citra tubuh. melatih pasien berinteraksi secara bertahap.</p>	<p>aspek positif diri yang dimiliki untuk meningkatkan citra tubuh klien,serta klien mampu berinteraksi dengan baik.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • selama dilakukan latihan bersama klien kooperatif dan mau melakukan kegiatan yang diajarkan serta klien mau menerapkan apa yang diajarkan . • selama kegiatan klien mampu menerima saran dan arahan dengan baik dan motivasi yang diberikan untuk 	
--	--	--	---	--

		<p>Gangguan citra tubuh juga memiliki Strategi pelaksanaan pada keluarga. Strategi pelaksanaan pada keluarga seperti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. strategi pelaksanaan 1 mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga . menjelaskan mengenal masalah gangguan citra tubuh. menjelaskan cara mengatasi gangguan citratubuh. 2. Strategi pelaksanaan 2 mengevaluasi mengenai 	<p>meningkatkan citra tubuhnya.</p> <p>A: Gangguan citra tubuh klien membaik</p> <p>P: Intevensi dilanjutkan keluarga</p> <p>‘</p> <p>Evaluasi keluargaS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga mengatakan mampu mengetahui tentang gangguan citra tubuh klien keluarga mengatakan mampu untuk mengetahui cara merawat klien dengan baik. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga tampak paham dengan apa yang diajarkan 	
--	--	---	--	--

		<p>kegiatan sebelumnya. menyusun rencana keperawatan bersama keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh. melatih keluarga cara merawat pasien Gangguan citratubuh</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga kooperatif selama dilakukan latihan <p>A: gangguan citratubuh membaik</p> <p>P: intervensi dilanjutkan ke diagnosis ke 3</p>	
3-4 Mei 2023	Koping tidak efektif	<p>strategi pelaksanaan pada klien seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. strategi pelaksanaan 1 yaitu membantu klien mengenal koping tidak efektif dan mengajarkan koping yang konstruktif berbicara dengan orang lain. 2. strategi pelaksanaan mengajarkoping konstruktif kegiatan yang disukai. 	<p>Evaluasi klien</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien mampumengetahui koping yang tidak efektif • klien mengatakan klien mampu menilai kemampuan yang dapat digunakan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak mampu mengekspresikan perasaan yang 	

		<p>3. strategi pelaksanaan mengajarkankoping konstruktif olahraga</p> <p>Strategi pelaksanaan pada keluarga untuk diagnosis koping tidak efektif seperti :</p> <p>1. strategi pelaksanaan 1 diskusikan tentang tanda dan gejala, dan penyebab koping tidak efektif, diskusikan cara merawat kliendengan koping tidak efektif dengan membantu klie nmenenal kopingin tidak</p>	<p>dirasakannya dengan baik, serta perilaku maupun pikiran yang dirasakan klien</p> <p>A: koping tidak efektif membaik P: intervensi dilanjutkan kekeluarga</p> <p>Evaluasi untukkeluarga</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelurga mengatakan keluarga mampu mengetahui masalah koping tidak efektif, • keluarga mengatakan mengetahui cara merawat klien dengan baik, 	
--	--	---	--	--

		<p>efektif dan bicara dengan orang lain.</p> <p>2. strategi pelaksanaan2 evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing kliendalam melaksanakan aktivitas berbicara dengan orang lain, bersama keluarga melatih klien dalam melakukan aktifitas yang disenangi</p> <p>3. Strategi pelaksanaan3 evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing klien melaksanakan aktivitas yang disenangi, bersama keluarga melatih aktivitas olahraga</p>	<ul style="list-style-type: none"> • keluarga mengatakan mampu membimbing klien melakukan kegiatan yangdipilih <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga tampak memahami tentang koping individu tidak efektif • Keluarga tampak mampu mempraktekan cara merawat dan membimbing klien melakukan latihan <p>A: koping tidak efektif membaik</p> <p>P: intervensi berhasil, implementasi dihentikan</p>	
--	--	--	--	--

DOKUMENTASI HASIL PENELITIAN

